

# 問 診 票

ID \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C

お名前 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日 S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

ご職業 \_\_\_\_\_ マイナ保険証の診療情報取得に  同意  同意しない

<p>● どの様な症状でお困りですか？</p> <p>● その症状は、いつからですか？</p> <p>● この10日間の間に37.0度以上の発熱はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 月 日 )</p>
---

- 現在治療中または過去に指摘された病気がありましたら、ご記入ください。  
 高血圧 ( 才 )  高脂血症 ( 才 )  糖尿病 ( 才 )  小児ぜん息 ( 才 )  
 花粉症 ( 春・秋・通年 才 )  アトピー ( 才 )  その他 ( \_\_\_\_\_ , 才 )  
 入院や手術を要する病気 ( 病名 : \_\_\_\_\_ 時期 : \_\_\_\_\_ 医療機関名 : \_\_\_\_\_ )
- 現在他の医療機関に通院されていますか？  
 いいえ  はい ( 医療機関名 : \_\_\_\_\_ 治療疾患 : \_\_\_\_\_ )
- 現在服薬中のお薬はありますか？  いいえ  
 はい ( お薬手帳 有・無 又はマイナ保険証にて情報取得に同意 有・無 )  
( 上記無の場合は薬品名 : \_\_\_\_\_ )
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？  
 いいえ  はい ( 原因となったもの : \_\_\_\_\_ 症状 : \_\_\_\_\_ )
- 家族・親族に次の病気はありますか？ \* ( ) には母、祖父などを記入  
 糖尿病 ( )  高血圧 ( )  高脂血症 ( )  心臓病 ( )  
 肝臓病 ( )  癌 ( )  アレルギー疾患・アトピー・ぜん息・花粉症 ( )
- この一年間で健康診断を受診されました？  いいえ  はい ( 年 月頃 )
- 飲酒・喫煙について  
< 飲酒 >  飲まない  付き合いで飲む程度 ( 回 / 月 )  よく飲む → ( 回 / 週 )  
( ビール ml / 回、酒 合 / 回、焼酎 ml / 回、その他 )  
< 喫煙 >  もともと吸わない  禁煙した ( 才 )  喫煙中 ( 才 ~ 本 / 日 )
- 女性の方のみお答え下さい  妊娠中 ( 妊娠 週 )  授乳中  生理が不順
- 当院にいらしたきっかけを教えてください  
 通りがかりに当院を見つけた  知人の紹介・勧め  ホームページを見て  他

当院は診療情報を取得活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。