

No. _____

問診票

_____年 _____月 _____日

体重 _____ kg

13歳以下の方はご記入ください

お名前 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)

ご住所 〒 _____ 電話番号 _____

■今日はどうされましたか？

いつから？ _____

体のどこに？ _____

どんな症状？ かゆい・いたい・はれた(その他 _____)

熱が出ていますか？ いいえ・はい(_____ °C)

■上の病気でほかの医師にかかっておられますか？

いいえ・はい(使っている薬の名前 _____)

■ほかに持病がありますか？

いいえ・はい(病名 _____ 薬の名前 _____)

■入院や手術をしたことがありますか？

いいえ・はい

■薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

いいえ・はい

■妊娠中ですか？

いいえ・はい

■マイナ保険証を使いますか？

いいえ・はい

マイナ保険証を使われない方だけ以下の質問にお答えください

■ほかの医療機関に現在かかっておられますか？紹介状はお持ちですか？

いいえ・はい

■過去一年間に特定検診や高齢者検診を受けましたか？

いいえ・はい

当院は受診された患者さんの受診歴、薬剤情報、特定健診情報などの診療情報を取得・活用した診療を行うために、オンライン資格確認を行う体制を有しております。