問 診 票

年　月　日

ふりがな　　大 昭 平 令

名前　（男・女）　生年月日　年　月　日（　歳）

住所 〒

電話番号　-　-　　携帯番号　-　-

緊急連絡先（続柄）　-　-　（　）

身長　cm　体重　kg　体温　℃　職業

マイナ保険証の診療情報取得に同意しましたか？　はい　いいえ

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？　はい　いいえ

1.本日の受診理由について書いてください。いつ頃からどのような症状ですか？

2.かかったことのある病気に ☑ をつけてください

□高血圧　□糖尿病　□高尿酸血症　□脂質異常症（コレステロール・高脂血症）　□緑内障

□前立腺肥大　□心筋梗塞　□脳梗塞　□脳出血　□（　）癌

□その他（　）

3.内服中の薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお出しください）

□いいえ　□はい（　）

4.薬や食べ物でアレルギー（じんま疹、苦しくなる）はありますか？

□いいえ　□はい（薬:　食べ物:　）

5.お酒は飲みますか？　□飲まない　□飲む（量:　/日　頻度:　/週）

6.タバコは吸いますか？　□吸わない　□吸う（1日　本　歳から）　□禁煙した（　年前から）

7.ご家族の病気に ☑ をつけてください。（血縁者のみ）

父	□高血圧	□糖尿病	□狭心症・心筋梗塞	□脳梗塞	□脳出血	□（　）癌
母	□高血圧	□糖尿病	□狭心症・心筋梗塞	□脳梗塞	□脳出血	□（　）癌
兄 弟 姉 妹	□高血圧	□糖尿病	□狭心症・心筋梗塞	□脳梗塞	□脳出血	□（　）癌
（　）	□高血圧	□糖尿病	□狭心症・心筋梗塞	□脳梗塞	□脳出血	□（　）癌

8.女性の方にお聞きします。

□妊娠の可能性がある　□妊娠中（現在　ヶ月）　□授乳中

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いたします。