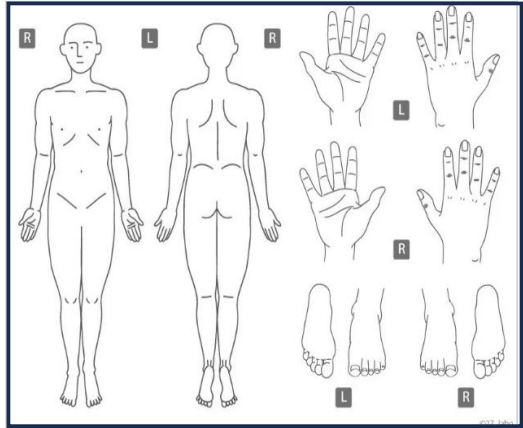


問診票

フリガナ	(生年月日) 昭・平・令 年 月 日		
氏名	男・女	年齢	歳
ご住所 〒 -	電話番号	(自宅)	
		(携帯)	
	紹介状	あり	なし

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？(はい ・ いいえ)
 ●1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？(はい ・ いいえ)
 ※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要
 『はい』の方・・・受診時期(年 月)指摘事項()

1. 本日の症状についてお聞きします。

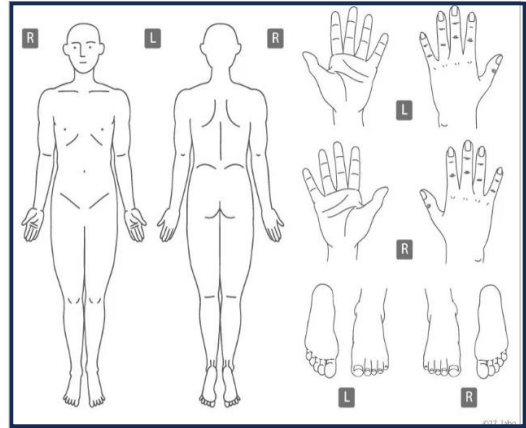
- 症状がある場所に○をつけてください。 →  から)
- いつ頃からですか？()

●どのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ 動かない
 その他()

●原因は何ですか？○をつけてください。

特に原因なし 交通事故 工作中的のケガ
 通勤中のケガ 学校でのケガ 転んだ
 切った その他()



2. 現在、他の医療機関に通院していますか？(はい ・ いいえ)

『はい』の方・・・医療機関名()
 病名()

3. 今までかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病
 リウマチ 痛風 脳梗塞 その他()

4. 現在、何かお薬を飲んでいますか？(はい ・ いいえ)

お薬手帳をお持ちでない方(お薬の名前:)

5 お薬や食物でアレルギーはありますか？(はい ・ いいえ)

『はい』の方・・・お薬の名前()
 食べ物の名前()

6. 女性の方にお尋ねします。

- 現在、妊娠中ですか？ (はい 【 】週目 ・ いいえ)
- 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

7. 飲酒、喫煙についてお尋ねします。

- 飲酒・・・飲まない ・ 飲む(週【 】日、量【 】ml)
- 喫煙・・・吸わない ・ 吸う(【 】本/日) ・ 禁煙した

8. 当院はどのようにして知りましたか？○をつけてください。

自宅/職場が近く インターネット 看板 家族/知人のご紹介
 医療機関のご紹介 電柱広告 その他()