

問診票 下記の質問にお答えください。(該当する項目に☑をしてください)

フリガナ 氏名	男・女 他	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所 〒	☑(自宅)	
	☑(携帯)	

●来院理由をお書きください。(いつから、どんな症状があるかなど)

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか いいえ はい 持っていない

●他の医療機関からの紹介状を持っていますか いいえ はい

●アレルギー特異体質(有・無)
*これまでに薬・食べ物・アルコールなどでアレルギー反応がでたことはありますか?
ない ある(薬の名前・食べ物などを下記に具体的に記入してください)

●他の医療機関に通院していますか
していない している(病院名: _____)

●現在治療中の病気はありますか
ない ある(病名 _____)

●現在、飲んでいる薬はありますか
ない ある(薬の名前: _____)

●既往歴
*今までにかかった病気はありますか?
特になし
心臓病 甲状腺の病気 肝臓病 腎臓病 B型肝炎 喘息
高血圧 痛風 高脂血症 糖尿病 C型肝炎
脳卒中 貧血 結核 その他(_____)

*今までに手術を受けたことがありますか ない ある(手術名をご記入ください) *輸血歴 なし あり(いつ頃 _____)

●家族歴
*血縁関係のある方でかかったことのある病気はありますか?
ない ある わからない
→ある場合は下記にご記入ください

病名	続柄	病名	続柄
心臓病		癌	(_____)
脳卒中			
高血圧		その他	(_____)
糖尿病			

●嗜好
*喫煙しますか いいえ はい(_____ 本/日 × _____ 年間) (_____ 歳 ~ _____ 歳)
禁煙されている場合:(_____)年前から禁煙

*飲酒はしますか? いいえ はい
→はいの場合はどのくらい飲むか記入してください。(例:日本酒1合/週に2回)

●40歳以上の方 この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? いいえ はい

●その他 未婚 既婚 (子供 _____ 人)

●女性の方
*現在、妊娠中または授乳中ですか いいえ はい
*ピルの服用 あり なし (最終生理日: _____ 月 _____ 日)

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。