問 診 票

２０　　年　　月　　日

お名前	
住所	(変更がある方のみ)〒
TEL	(変更がある方のみ)

1、本日の症状(来院目的)を簡単にお書きください。

＊風邪症状の方は、体温をお書き下さい。　　体温　　℃

！！重要！！

◎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

◎今までに、薬によるアレルギーが出た事はありますか？　ある方は薬品名と症状を記入して下さい

はい　→（　　）
いいえ

◎緑内障の既往歴はありますか？　　はい　・　いいえ

◎前立腺肥大症の既往歴はありますか？　　はい　・　いいえ

◎(女性の方のみ)　**現在、妊娠中ですか？**　　はい（　　週）・　いいえ
現在、授乳中ですか？　　はい　・　いいえ

2、本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか

はい　→（いつ頃:　　渡航先:　　）
いいえ

3、今までに、大きな病気や手術をした事がありますか

はい　→（　　）
いいえ

4、現在他の医療機関で治療中の病気はありますか

はい　→（医療機関名：　　治療内容　：　　）
いいえ

5、マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による診療情報取得に同意しますか

はい　・　いいえ

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。

6、(5 がいいえの方のみ)　現在他の医療機関で処方されている薬はありますか

はい　→（薬の名前：　　）
いいえ

7、(5 がいいえの方のみ)　1 年以内に特定健診を受診しましたか

はい　→（受診した時期：　　年　　月頃
指摘事項があれば右にご記入ください：
（例…高血圧、メタボ　等）
いいえ