

No. _____ KT _____ °C

フリガナ		性別：男 ・ 女
お名前		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 様 (歳)
ご住所	自宅番号	
〒 —	携帯番号	
	ご職業	

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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

- ① 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)
- ② 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか (はい ・ いいえ)
はいの方→医療機関名 ()
- ③ この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか (はい ・ いいえ)
はいの方→健診結果で指摘された事があれば下記欄に記入してください。
()

【問診票】

- ① 本日はどうされましたか ()
- ② それはいつ頃からですか ()
- ③ 薬や食べ物のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)
はいの方→ (アレルギー：)
- ④ 喫煙：吸わない・やめた・吸う (1日 本× 年)
- ⑤ 飲酒：飲まない・やめた・時々飲む・飲む (週4日以上)
- ⑥ 過去に大きなケガや病気をした事がありますか (はい ・ いいえ)
はいの方→ (病名：)
- ⑦ 現在、治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)
はいの方→ (病名：)
- ⑧ 他院処方のお薬はありますか (はい ・ いいえ)
はいの方→ (お薬の名前：)
(医療機関名：)
※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください。
- ⑨ ジェネリック (後発品) は希望されますか (はい・いいえ・どちらでも)
- ※⑩女性の方のみ
妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)