

# 問 診 票

令和 年 月 日

併科受診あり

紹介状 あり ( 通) なし

健診結果  事故  労災

血 圧 /

脈 拍 SpO<sub>2</sub>

体 温 . °C

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日 歳 性別 男 ・ 女

身長 cm 体重 kg 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おります。

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。

マイナンバーカードを保険証として利用した場合の診療情報取得に同意します。

1 今日はどうされましたか？

いつから

どんな症状

2 上記の症状で他の病院にいきましたか？

行っていない

行った 病院名

3 今までにかかった大きな病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

・ 歳頃 病名・手術名 病院名 治療中・治癒

4 今、飲んでいる薬はありますか？

ない

ある (お薬手帳をお持ちの方は提出してください。)

裏面へ

5 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない

ある

「ある」と答えた方 食品 薬品 その他

6 ペースメーカーや金属など体内に入っているものがありますか？

ない

ある ( )

7 たばこは吸われますか？

吸ったことがない

吸う

吸っていた

(1日 本 歳から 歳まで 年間)

8 お酒は飲まれますか？

いいえ

はい (1日量

)

9 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか？

いいえ

はい ( ヶ月)

最終月経

月 日~

月 日

現在授乳中ですか？

いいえ

はい

10 ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？( )にご本人との関係もお書きください。

・糖尿病 ( )

・高血圧症 ( )

・癌 ( )

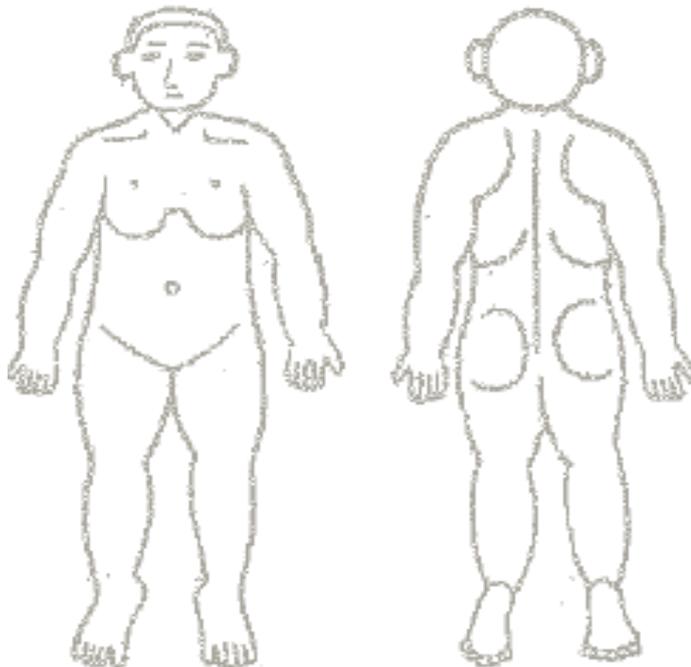
・脳梗塞、脳出血 ( )

・狭心症、心筋梗塞、不整脈 ( )

・ホルモン疾患 ( )

・その他 \_\_\_\_\_ ( )

11 診てもらいたい場所はどこですか？○をつけてください。



12 その他

本人の携帯電話番号 ( )

緊急連絡先(氏名 続柄 )電話番号( )