

# 問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	年齢	生年月日
		才	T・S・H 年 月 日
連絡先	〒	TEL	
職業			E-mail :

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

( はい ・ いいえ ・ わからない )

・はい以外の方→ この1年で特定検診あるいは高齢者健診を受けましたか？

( はい ・ いいえ )

■本日はどうなさいましたか。(症状の内容 発症時期 経過 )

\_\_\_\_\_ (体温 \_\_\_\_\_℃)

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？

( \_\_\_\_\_ )

■他の医療機関の紹介状を持参されていますか？ ( はい ・ いいえ )

■下記の疾患があれば点チェックをお願いします。

糖尿病       緑内障       気管支喘息       前立腺肥大症

■現在治療中の病気がありますか？

- ・なし
- ・あり → どんな病気・けがでしたか？

( )

(医療機関名 : \_\_\_\_\_)

■現在飲まれているお薬はありますか？(薬手帳の提示でも構いません)

- ・なし
- ・あり → どのようなお薬ですか？

( )

■これまでに大きな病気(手術や入院を要する病気)にかかったことがあります

か？ ( あり ・ なし )

病名 ( )

時期 ( )

医療機関 ( )

治療内容 ( )

