

# 問診表

記入日 令和 年 月 日

ふりがな  
名前

性別 男・女

生年月日 明・昭・平・令 年 月 日 年齢 才

住所 (〒 - ) 市

電話番号 携帯電話 (緊急連絡先 自宅・携帯 )

① マイナ保険証の診療情報の取得に同意しますか? 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

③ 本日の受診理由について書いてください。いつから、どのような症状がありますか?  
( )

④ 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか?

高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 癌又は癌術後 ( )  
喘息 脳出血/脳梗塞 頸椎症 腰痛症 十二指腸潰瘍 胃炎 その他 ( )

⑤ アレルギーはありますか?

あり (花粉症・薬剤・食べ物・その他 ) / なし

⑥ 現在、薬は服用していますか? (はい・いいえ)

薬剤名

かかりつけ医はありますか? ( )

⑦ お酒は (飲む・飲まない) (ビール ml 日本酒 合 その他(種類: 量: )

⑧ タバコは (吸う・吸わない) 1日 本

⑨ 体内に金属がありますか? ※歯の詰め物(金歯、銀歯など)は除きます

なし ・ あり (ペースメーカー・ボルト・クリップ・ステント・人工内耳・その他 )

⑩ 女性の方のみ記入してください。

(1) 現在妊娠していますか? (はい・いいえ・わからない) (2) 授乳はされていますか? (はい・いいえ)

⑪ どのようにして当院をお知りになりましたか?

チラシ・駅看板・ご紹介(紹介者: )・当院ホームページ ・その他 ( )