

問診票

ふりがな お名前 様	男女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 ()才
ご住所 〒						
電話番号：			携帯電話：			

1) 今日はどのような症状ですか (複数回答可)

熱

℃

発熱 咳 鼻水 鼻づまり 頭痛 のどの痛み 腹痛 下痢
吐き気 便秘 発疹 肌荒れ 花粉症 その他 ()

症状はいつからですか ⇒

2) 現在、他の医療機関に通院していますか はい いいえ

医療機関名：

受診日：

治療内容：

3) 現在、服用している薬はありますか はい (処方薬・市販薬) いいえ



※お薬手帳をお持ちの方はお預かりいたします

●処方薬 薬の名前・容量：

投薬期間：

(マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略できます)

●市販薬 薬の名前：

4) これまでに大きな病気にかかった事がありますか (入院や手術を必要とする病気など)

なし あり (病名： いつ頃：)

5) これまでに食品や薬剤でアレルギーをおこした事がありますか

なし あり (食品名、薬剤名)

6) これまでご家族で下記の病気にかかった方はいますか？

特になし

糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 癌 気管支喘息
その他 ()

7) たばこは吸いますか？ 吸わない 吸う <1日 () 本 喫煙年数 () 年>

8) 女性の方へお聞きします 妊娠 なし あり (週) 授乳中

9) 直近1ヶ月での海外の渡航歴 なし あり (場所：)

10) マイナ保険証による診療情報取得について 同意する

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制加算(初診時)・加算1→4点・加算2→2点(マイナ保険証利用時)