

令和 年 月 日

## 問 診 票

ID : \_\_\_\_\_

(フリガナ) 氏名 :	性別 : 男・女	体温 : ℃
	体重(中学生まで記入) : kg	
生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日 生 ( 才 )		
〒 住所 :		
自宅電話番号:	携帯電話番号 :	

## ★緊急連絡先 (上記に記入された内容以外で、必ず1名はご記入ください)

(フリガナ) ①氏名 :	続柄	電話番号 :
(フリガナ) ②氏名 :	続柄	電話番号 :

【個人情報の取り扱いについて】この問診票にご記入いただいた個人情報は、診療行為以外の用途には使用いたしません。

## 【下記の質問事項に□またはご記入ください】

<b>1. 本日の来院理由を教えて下さい</b>				
今現在症状 : あり・なし				
<b>2. 過去、もしくは今現在、下記の病気にかかったことはありますか？</b>				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>心臓病 ( <input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>心筋梗塞 )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>高血圧症 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>肝臓病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>甲状腺の病気</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 心臓病 ( <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 )	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 心臓病 ( <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 )				
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病				
<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>3. これまでに薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか？</b>				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 薬名 又は 食品名等 : )				
<b>4. 現在、服用中のお薬はありますか？</b>				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 薬名 : ) ※お薬手帳または、薬剤情報をお持ちの方は薬名記入不要です。受付にお出しください。				
<b>5. 会話が聞き取りにくいですか？</b>				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 理由 : <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他 : )				
<b>6. 持参書類はありますか？</b>				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>7. 女性の方のみお答えください</b>				
☆妊娠されてますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 週目 ) <input type="checkbox"/> わからない				
☆授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
<b>8. その他 (10月~3月に受診の方のみご記入ください。)</b>				
・今シーズン季節性インフルエンザ予防接種は受けましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
・1週間以内で近親者にインフルエンザ感染者はいますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				

2枚目（裏面）のご記入もお願いします。

#### **9. 保険情報等についてお答え下さい。**

(1) 本日は、下記のいずれかをご持参されましたか？

マイナ保険証 資格確認書

(2) マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意した  同意していない

(3) (2) の設問にて健診歴の情報に同意された方は記載不要です。

直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

□ 爰けた

爰けていない

(健診名： )

(いつ頃： 年 月 ごろ )

当院は、診療情報（薬剤情報・特定健診情報・その他必要な情報）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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

※ご記入ありがとうございました。

