

令和 年 月 日

問 診 票

ID : _____

(フリガナ) 氏 名 :	性別 : 男・女	体温 : °C
	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】

1. 本日の来院理由を教えてください

今現在症状 : あり・なし

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？

☐ いいえ ☐ はい

<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	()

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？

☐ いいえ ☐ はい (薬名 又は 食品名等 :)

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ 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。受付にお出してください。

5. 会話が聞き取りにくいですか？

☐ いいえ ☐ はい (理由 : ☐ 難聴 ☐ その他 :)

6. 持参書類はありますか？

☐ いいえ ☐ 紹介状 ☐ 検査結果 ☐ その他 ()

7. 女性の方のみお答えください

☆妊娠されてますか？ ☐ いいえ ☐ はい (週目) ☐ わからない☆授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

8. その他 (10月～3月に受診の方のみご記入ください。)

- ・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？ ☐ いいえ ☐ はい
- ・1週間以内に近親者にインフルエンザ感染者はいますか？ ☐ いいえ ☐ 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？

☐ 受けた

☐ 受けていない

(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。

