問診票

ID

フリガナ		生年月日	大　昭　平　令
氏名		年齢	年　月　日　(歳)
住所	〒		
電話	自宅　　携帯		
	マイナ保険証による診療情報取得に同意頂けますか？ □はい　□いいえ 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おります。 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。		

①本日はどのようなことで受診されましたか？
いつから　どのような症状で　　体温　　℃

---

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現在治療中の病気はございますか？
糖尿病　高血圧　高脂血症　心臓病　腎臓病　喘息
その他（　　）
医療機関名：　受診日：　治療内容：

④過去に入院、手術を受けられたことはありますか？　□はい　□いいえ
病名：　いつ頃：

⑤現在服用中のお薬はございますか？（特に、血液をサラサラにするお薬）
薬剤名（　　）

⑥アレルギーはございますか？　□いいえ
（　　）

⑦この1年間で健診（特定健診及び高齢者検診）を受けられました？□はい□いいえ
健診名：　いつ頃：

⑧血縁関係のあるご家族で、以下のご病気の方はいらっしゃいますか？□いいえ
糖尿病　高血圧　高脂血症　心臓病　腎臓病　脳卒中
がん（　　）

⑦喫煙、飲酒はなさいますか？　ビール　日本酒　焼酎　ワイン
煙草（　)本/日×（　）年　飲酒(　)本/合×（　）日/週

⑧（女性の方へ）現在、妊娠中・授乳中ですか？　□はい　□　いいえ

⑨当クリニックをどのようにして、お知りになりました？
インターネット　看板　紹介　その他（　　）

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、受付までご提出ください。

内科・糖尿病内科・腎臓内科・消化器内科
よこた内科クリニック