

問 診 票

<u>お名前 (フリガナ)</u> (男 ・ 女) 様	<u>生年月日</u> 大正・ 昭和・平成・令和 _____年 月 日生まれ
<u>ご住所</u> 〒 _____	<u>ご自宅番号</u> <u>携帯番号</u>

1 いつから、どのような症状でお困りですか？ 具合の悪い部分に○印をつけてください

2 今日の症状で他院を受診されましたか？
(受診した ・ 受診していない)

3 手術等で体の中にペースメーカーや金属などを挿入していますか。(はい ・ いいえ)

4 今までかかった病気や手術はありますか？
(糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 緑内障)
他の病気や手術＝

5 お酒を飲みますか？ (いいえ ・ 飲む)

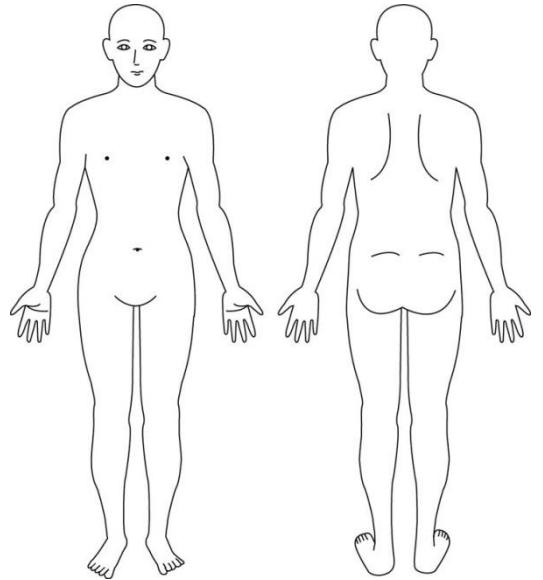
6 煙草を喫いますか？ (いいえ ・ 1日_____本程度喫う)

7 お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ (ある ・ ない)
具体的に

8 現在、服用しているお薬はありますか？ (ある ・ ない)
具体的に

さしつかえなければ処方された病医院を教えてください。()

9 女性の方にお聞きします。現在、妊娠あるいは授乳中ですか？
(いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中)



★この問診票に記載していただいた個人情報につきましては、受診の目的以外に使用することはありません。
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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いします。マイナンバー保険証による診療情報取得にご同意いただけない場合は窓口にお申し出ください。