

問 診 票

ID:

いただいた診療情報は診療以外の目的には使用しませんので、正確にご記入ください。

フリガナ

大・昭・平・令 (男・女)

 お名前

(歳)

年 月 日 生

 住所

〒

-

 TEL

()

 携帯

()

本日受診した症状などについて (症状の内容・発症時期・経過など)

現在、他の医療情報に通院していますか？ (医療機関名、治療内容など)

現在、何か薬をのんでいますか (お薬手帳をお持ちの方は提出して下さい)

これまで大きな病気にかかったことはありますか？ (病名、時期、医療機関名、治療内容)

この1年間で健診を受診しましたか？ (受診時期、指摘内容)

これまで薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ・はい (詳細)

タバコは吸いますか | いいえ・はい・やめた | 1日平均 本 約 年間吸った

酒は飲みますか | いいえ・はい・やめた | 最近の1日の飲酒量は？

現在、妊娠中ですか (女性のみ) | いいえ・はい

あなたの身長・体重は？ | 身長 cm 体重 kg

当院では診療情報を取得・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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。