

## 問 診 票

記入日 年 月 日

|                        |       |      |                          |                                |
|------------------------|-------|------|--------------------------|--------------------------------|
| ふりがな                   |       |      | 生 年 月 日                  |                                |
| お名前                    |       |      | 大・昭<br>平・令 年 月 日         |                                |
| 郵便番号                   | 〒     |      | —                        | ※必ずご記入ください                     |
| 住 所                    |       |      |                          |                                |
| 電話番号                   | (自宅)  | 年 齢  | 性 別                      | 男・女                            |
| 携帯番号                   | (本人)  |      |                          |                                |
| ご家族連絡先                 | (お名前) | 続柄   | 電話番号                     |                                |
| 医療費明細書を希望しますか          |       | 希望する | <input type="checkbox"/> | 希望しない <input type="checkbox"/> |
| マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか |       | 同意する | <input type="checkbox"/> | 同意しない <input type="checkbox"/> |

≫どの様な症状でおかかりですか？

- |                                  |                                     |                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱      | <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 鼻水           |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い    | <input type="checkbox"/> のどが痛い      | <input type="checkbox"/> たん(白・黄・緑・血痰) |
| <input type="checkbox"/> 吐き気     | <input type="checkbox"/> 食べられない     | <input type="checkbox"/> 関節が痛い(部位 )   |
| <input type="checkbox"/> だるい     | <input type="checkbox"/> 胸焼け        | <input type="checkbox"/> お腹が痛い(部位 )   |
| <input type="checkbox"/> 下痢      | <input type="checkbox"/> 便秘         | <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる      |
| <input type="checkbox"/> めまい     | <input type="checkbox"/> 動悸         | <input type="checkbox"/> 息切れ          |
| <input type="checkbox"/> 胸が苦しい   | <input type="checkbox"/> 胸が痛い       | <input type="checkbox"/> 脈が乱れる        |
| <input type="checkbox"/> 眠れない    | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い    | <input type="checkbox"/> 残尿感がある       |
| <input type="checkbox"/> 尿をすると痛い | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる    | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい       |
| <input type="checkbox"/> 手足がむくむ  | <input type="checkbox"/> 手足に力が入りにくい | <input type="checkbox"/> しびれ(部位 )     |
| <input type="checkbox"/> 肩がこる    | <input type="checkbox"/> くちがまわらない   | <input type="checkbox"/> ふるえ(部位 )     |

≫その他の症状

( )

≫その症状はいつからですか？

( )

≫今まで大きな病気・手術はありましたか？

【 いいえ ・ はい 】

( )  
(医療機関名)

≫現在治療中の病気、また飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です)

【 いいえ ・ はい 】

( )  
(医療機関名)

- ≫ アレルギー 【 ない ・ ある 】 ( )
- ≫ タバコ 【 吸わない ・ 吸う 】 (1日 本)
- ≫ お酒 【 飲まない ・ 飲む 】 (1日 本)
- ≫ 妊娠の可能性 【 ない ・ ある 】 授乳中

≫最後に、初めて当院に来られた方のみご記入をお願いします。

😊 当院を何で知りましたか？

- 1.看板 2.インターネット 3.知人・家族の紹介 4.その他( )

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務めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。