

診察申込書・問診票

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大 昭・平 令	年	月	日
氏名					()	才	
住所	〒 — —			TEL	—	—	
				携帯	—	—	

マイナ保険証 なし あり

1	どのような症状で来院されましたか？ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 発熱 来院時の体温 _____ °C []
2	その症状はいつ頃からありますか？ <input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2~3日以内 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> それ以前 []
3	受診理由が他にある方はこちらにご記入ください。 <input type="checkbox"/> 紹介状あり [C T ・ M R I ・ それ以外] <input type="checkbox"/> 健康診断 [法定A ・ 法定B ・ 指定あり] ※食事摂取 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 []
4	現在治療中、または今までかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 []
5	今までに手術、輸血をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []
6	現在、服用中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（お薬手帳等お持ちでしたらご提示ください） []
7	これまでに薬や注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい []
8	この1年間で特定健診または高齢者健診をしましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [受診時期: _____] [指摘事項: _____]
9	(女性の方) 現在、妊娠またはその可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得、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いたします。

ご記入いただいた個人情報につきましては、“個人情報の利用目的”の範囲内で取り扱います。

ご記入ありがとうございました。