

診察申込 問診票

氏名	フリガナ	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
							歳
住所		職業		電話	自宅		
メール					携帯		

以下の項目について今後の診療の参考となりますので、ご記入にご協力ください。

○本日受診した症状について

症状の内容： _____

いつごろから： _____

○他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

はい

いいえ

○現在、ほかの医療機関に通院していますか？

はい → [医療機関名： _____
治療内容： _____

いいえ

○現在、服用している薬がありますか？

(※マイナ保険証による情報取得に同意した患者については直近1か月以内の処方薬を除き記載を省略可)

はい → [薬剤名： _____

いいえ

○これまでに大きな病気、けが、手術はありますか？

はい → [病名： _____

いいえ

○ご家族で大きな病気をされた（されている）方はいらっしゃいますか？

はい → [誰： _____
病名： _____

いいえ

★裏面に続きます

○これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

はい → [種類： _____] いいえ

○1日どのくらい飲酒・喫煙しますか？

酒： _____ 合 たばこ： _____ 本 年
ビール： _____ 本

○輸血を受けたことがありますか？

はい → [いつ頃： _____] いいえ

○（女性のみ）現在、妊娠中または授乳中ですか？

はい いいえ

○新型コロナワクチンの接種は受けていますか？

はい → [回数： _____ 回] いいえ
最終接種日： _____

○以前に当院にかかったことがありますか？

はい いいえ

※「はい」の方は必ず診察券をご提出ください

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

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いたします。

★ご協力ありがとうございました