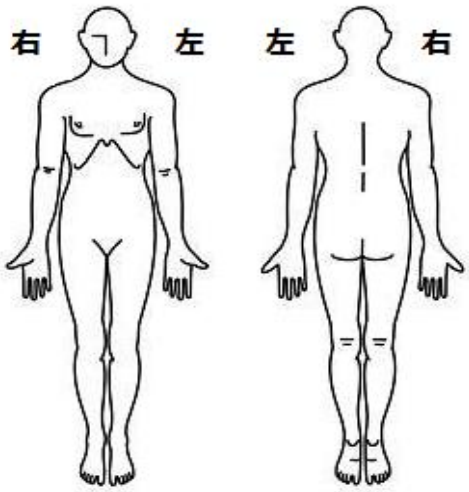
問 診 票

ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日（　　歳）
氏　名	男 ･ 女	住　所	〒　　ー
職　業		電話番号	（携帯）　　（　　）
介護保険	□ なし□ 要支援（　）□ 要介護（　）		（自宅）　　（　　）

●右図で、症状のある部位を〇で囲んでください。



●いつから、どの様な症状ですか？

（　　）

●症状が出たきっかけは何ですか？

□ 交通事故　□ 仕事中のけが　□ 通勤･通学　□ その他

（　　）

●今回の症状をほかの病院で治療されましたか？

□ はい　病院名（　　）･□ 紹介状をお持ちですか （ はい ・ いいえ ）

□ いいえ

●今まで大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことはありますか？

□ はい　病名（　　）

□ いいえ

●現在、治療中の病気はありますか？ □いいえ

□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 心臓病　□ 喘息　□ 肝臓病　□ その他（　　）

●現在、内服している薬はありますか？

□ はい（　　）

□ いいえ　　※はいの方はお薬名を記入して頂くか、お薬手帳をお出しください。

●アレルギーがありますか？（薬、食べ物なども含めて）

□ はい（何のアレルギーですか？　　）

□ いいえ

●女性の方のみお答えください。妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

□ はい （　　）ヶ月（　　）週　　□授乳中

□ いいえ

→続紙があります。

●本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

☐　健康保険証

☐　マイナンバーカードの保険証(以下、マイナ保険証)

↓

↓

↓

マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴等)を当院が取得することに同意されましたか？

☐ 同意していない

☐ 同意した

直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

☐　受けていない

☐　受けた　(健診名:　　)

(いつ頃:　　年　　月ごろ　)

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