

問診票

個人情報保護法に基づき、ご提供頂いた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません。

(ID:) 記入日 年 月 日

ふりがな	性別	職業
氏名	男・女	
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
現住所 (〒 -) ※アパート、マンション名もご記入ください。		
自宅電話番号	緊急連絡先	氏名 続柄 ()
携帯電話番号	電話番号	
<p>・本日『マイナ保険証』を利用されますか？ はい・いいえ</p> <p>上記で『はい』の場合、オンライン資格確認・診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

1. 本日はどのような症状ですか？

[]

2. その症状はいつからですか？

[]

3. その症状の部位を右図に示してください。

4. 1週間以内に発熱はありましたか？

ない・ある [] 日 最高体温 度

5. その症状で他の医療機関を受診した事がありますか？

ない・ある・現在治療中

[医療機関名]

6. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

ない・ある (受付へ御提出ください) みぎ

7. 現在、他の医療機関で処方されているお薬はありますか？

お薬手帳があれば記入は不要ですので御提出ください。

ない・ある [薬剤名]

8. 上記であると答えられた方 それはどちらの医療機関ですか？

[医療機関名]

9. 現在までに薬・注射・食べ物などにアレルギー・じんま疹等の症状がでたことがありますか？

ない・ある [種類 症状]

10. 現在までに病気や手術をしたことがありますか？

ない・ある [病名 (年齢)]

[手術名 (年齢)] [医療機関名]

11. この1年で『特定健診』又は『高齢者健診』を受診されましたか？

はい・いいえ・わからない

12. 女性の方へ 現在妊娠されていますか？

いいえ・はい [現在 週]

13. 65歳以上の方へ 現在、介護認定を受けていますか？

いいえ・はい [介護度: 事業所名: 担当ケアマネ:]

