

問診票

フリガナ		生年月日	性別 男・女
氏名		大正・昭和・平成・令和	身長 cm
		年 月 日	体重 kg
住所	〒		職業
電話番号：	緊急連絡先：		続柄 ()

♥他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい いいえ

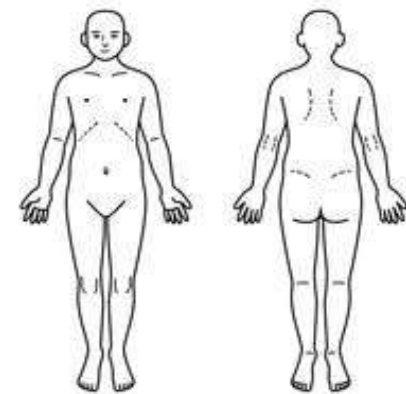
♥本日はどうなさいましたか？

(())

♥いつ頃からですか？

(())

♥経過を教えてください。



症状箇所に印をつけてください

()

♥現在治療中の病気はありますか？ 今まで病気、入院、手術をしたことがありますか？

いいえ はい・・・ある場合はご記入ください

(())

♥現在飲まれているお薬

なし あり ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

(())

♥薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい・・・ある場合はご記入ください

(())

♥生活習慣について

お酒： 飲まない 飲む ビール・焼酎 ml / 日本酒 合 / 洋酒 ml

たばこ： 吸わない 禁煙した (年前から) / 吸う (1日 本)

♥女性の方にお伺いします

・妊娠中ですか？ いいえ / はい ・授乳中ですか？ いいえ / はい

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。

◆電子的診療情報連携体制加算：1点