

問 診 票

年 月 日

| | | | | | | | |
|------|---------|---------|---------|---|---|---|--|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | | | | |
| 氏名 | | | T S H R | 年 | 月 | 日 | |
| 住所 | 〒 - | | | | | | |
| 電話番号 | ☎自宅 () | ☎携帯 () | | | | | |

- ・【仕事内容】 立ち仕事 事務 力仕事 運転手 主婦 無職 その他 ()
- ・【定期的に行っているスポーツ】 なし ・ あり ()
- ・【検診について】 この1年間で 特定検診または高齢者健診を… 受診していない ・ 受診した
 ★ 女性の方へ 妊娠をしていない ・ わからない ・ している (妊娠 週目)
 ★

今日診察を希望される場所 ・ 症状を簡単にお書きください (例)左手首が痛い

その症状はいつ頃からですか？

【 月 日から】 今日 ()日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

原因がありましたら○をつけてください

ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った 不明 その他 ()

交通事故ですか？ いいえ ・ はい (加害者 ・ 被害者 ・ 単独事故)

※はいと答えた方 あなたは (車 バイク 自転車 歩行者) 相手は (車 バイク 自転車 歩行者)

仕事もしくは通勤途中のケガですか？ いいえ ・ はい

今までに同じ症状で治療を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

※はいと答えた方 (いつ頃) に (どちらの病院で)

そのほか今まで掛かった病気、あるいは現在治療中の病気はありますか？ ない ・ ある

【病名】 高血圧症 高脂血症 糖尿病 気管支喘息 透析 その他()

【病院名】 () 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 医療センター

手術歴はありますか？ いいえ ・ はい

【手術名の内容】 ()

【病院名】 () 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 医療センター

薬を飲んで具合が悪くなった事がありますか？ いいえ ・ はい (薬の名前)

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 通りがかり 看板① (1号線上り 横浜方面) 看板② (1号線下り 戸塚方面)

電柱広告 広告チラシ 知人の紹介 家族の紹介 病院の紹介

その他()

当クリニックからお知らせのダイレクトメールをお送りしてもよろしいですか？ いいえ ・ はい

お薬手帳はお持ちですか？ 持参している ・ 家にある ・ お薬手帳アプリ ・ 持っていない

本日、他院からの紹介状はお持ちですか？ いいえ ・ はい

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ しない ・ する ・ 健康保険を使用

当院は診療情報を取得・活用する事により、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。