

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、連絡先に変更がある場合はご記入ください

住所	〒	—							
電話番号	①	—	—	②	—	—			

・ 【仕事内容】 立ち仕事 事務 力仕事 運転手 主婦 無職 その他（ ）

・ 【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ところ ・ 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 落した 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 ）

仕事中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

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。

◆医療情報取得加算…1点