

問 診 票

		カルテ No.	受診日	年	月	日
(ふりがな) 氏名	ふりがな()		生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日(歳)			性別 男・女
携帯電話			自宅電話			
住所	〒					

マイナ保険証を利用される方への質問		診療情報取得に同意されますか？		いいえ ・ はい		
他医療機関からの紹介状をお持ちですか？		いいえ ・ はい		(受付にお出し下さい)		
本日受診の症状について以下にご記入下さい				体温 _____ ℃		
いつから、 どんな症状がありますか？						
症状が出てから本日まで の経過は？						
現在、他の医療機関に通院、治療をしていますか？		いいえ ・ はい		(以下にご記入下さい)		
病名	①	時期	①	年	治療内容	①
	②		②	年		②
	③		③	年		③
	④		④	年		④
医療機関名	①		②		③	④
現在、飲んでいる薬はありますか？		いいえ ・ はい		(以下にご記入下さい) *薬手帳を受付へお出し下さい		
薬剤名				いつ頃から？		
これまでに手術や入院などを要する大きな病気にかかったことはありますか？		いいえ ・ はい		(以下にご記入下さい)		
病名	①	時期	①	年	治療内容	①
	②		②	年		②
	③		③	年		③
医療機関名	①		②		③	
この1年間で健康診断を受けましたか？		いいえ ・ はい		(以下にご記入下さい)		
受診時期	年 月 日	再検査や精密検査の指示があった項目				
薬や食品などのアレルギーはありますか？		いいえ ・ はい		(以下にご記入下さい)		
原因となったもの				症状		
タバコは吸っていますか？		吸わない ・ 禁煙した(本× 年)		吸っている(本× 年)		
お酒は飲みますか？		飲まない ・ 時々飲む(1週間に 回)		毎日飲む		
時々または毎日飲むに〇の方	何を(ビール・日本酒・焼酎・)		どのくらい(本・ ml)			
(女性の方)妊娠中や授乳中または妊娠の可能性はありますか？		いいえ ・ 妊娠中(週・ ヶ月)		授乳中		