

# 問 診 票



記入日 年 月 日

フリガナ ( )  
お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 (西暦・昭和・平成) 年 月 日 ( 才)

〒□□□□-□□□□  
ご住所 \_\_\_\_\_

身長	cm
体重	kg

連絡先 (自宅) ( ) (携 帯) ( )

★緊急連絡先(お名前) (お電話番号) ( )

①マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい ・ いいえ

②今回の健康診断で再検査・精密検査が必要となった項目を教えてください。

健康診断・人間ドッグの結果をお持ちの方は、受付にご提出ください。

[ ]

来院時血圧  
血圧計で血圧を測定  
してください

③上記の項目で自覚症状があればどのような症状がありますか?

なし ・ あり [ ]

体温 \_\_\_\_\_ °C ⇒ (※発熱している方はお申し出ください)

最近の海外渡航歴 … なし ・ あり → (いつ頃: ) (国名: )

④現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか?

いいえ ・ はい (医療機関名 )  
(病 名 )

⑤現在処方されているお薬がありますか? お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。

いいえ ・ はい (薬剤名 )

⑥既往歴 (今までにかかった大きな病気) はありますか?

なし ・ あり (病 名 )

⑦アレルギー (薬、食品など) はありますか?

なし ・ あり ( )

⑧嗜好品についておうかがいします。

タバコ 吸わない・吸う ( 本/日 年)、アルコール 飲まない・飲む (毎日・時々)

⑨女性の方におうかがいします。 □妊娠中 □妊娠の可能性なし □妊娠の可能性あり □授乳中

**お薬手帳・診療情報提供書・健康診断結果をお持ちの方は受付までお願いします**

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。

……………よろしければ、当院を受診されたきっかけを教えてください。……………

1)ホームページ 2)駅の広告 3)電柱広告 4)ご紹介 ( 様)5)その他( )  
ご協力ありがとうございました。

たけいハートクリニック