

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いつから、どのような症状がありますか?できるだけ詳しくご記入をお願いします。

他の医療機関からの紹介状(診療情報提供書)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

体温 _____℃ ⇒ (※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:)

③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)

④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)

⑤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)

⑥アレルギー (薬、食品など) はありますか?
なし ・ あり ()

⑦この1年間で健診 (特定健診および高齢者健診) を受診しましたか? いいえ ・ はい

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