

問 診 票

フリガナ		男	年齢	歳
氏名		女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
住所				
電話番号	自宅 ()	—	携帯 ()	—

本日はどのようなことでいらっしゃいましたか

いつ頃からどういう症状がありますか

現在治療中、または過去にかかったことのある病気や手術を受けられたことはありますか

なし あり ()

現在服用中のお薬はありますか (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

なし あり ()

現在、他の医療機関に通院していますか

いいえ はい (医療機関名:)

お薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか

なし あり ()

お酒は飲みますか

飲まない 飲む 週 () 日程度 種類・量 ()

たばこは吸いますか

吸わない 吸う 日 () 本程度 () 歳から
 吸っていた () 歳まで

現在、妊娠中または授乳中ですか (女性のみ)

いいえ はい (妊娠中 授乳中)

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。