

問診票

記入年月日： 年 月 日 ID： _____

氏名	フリガナ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
				年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号		
		身長・体重	cm	kg
緊急の連絡先 氏名：		続柄 () 電話番号 ()		

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない

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。

【1】本日はどうされましたか

- 頭が痛い 物忘れ 頭を打った 手足のしびれ感・マヒ 言葉が出づらい
めまい 脳ドッグ その他 ()

【2】いつからですか

()

【3】過去に大きな病気や手術を受けたことがありますか

- ない
ある (病名・手術名：)

【4】毎日飲んでいる薬はありますか

- ない ある (薬剤名：)
お薬手帳あり

【5】アレルギーはありますか (おくすり・食べ物など)

- ない 花粉・ハウスダスト 食べ物 薬剤 (薬剤名：)

【6】嗜好歴はありますか

- ない タバコ (本/日・ 年間)
アルコール (毎日・週 日・種類：)

【7】下記で該当するものがありますか

- ペースメーカー 人工弁 脳動脈瘤クリップ 補聴器 人工内耳
膀胱瘻や膀胱留置カテーテル インプラント 磁石を使った義歯 歯科矯正
刺青・アートメイク 避妊リング 妊娠中 (出産予定日： 年 月 日)
その他の体内金属 () カラーコンタクト 入れ歯

【8】当院をどこでお知りになりましたか

- 家族・知人の紹介 ホームページ 医療機関からの紹介 その他 ()

ご記入が完了しましたら受付までお持ちください