

問 診 票

年 月 日

フリガナ	生年月日：昭和・平成・令和
氏 名	男・女 年 月 日 (歳)
住 所	
電話番号	
勤務先：医療関係者・介護関係者・教職員・飲食関係者・その他	

マイナー保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか。		
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。		<input type="checkbox"/> はい
正確な情報を取得・活用するため、マイナー保険証の利用にご協力をお願いします。		<input type="checkbox"/> いいえ
他の医療機関からの紹介状はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今日 体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在何か病気にかかっていますか（病名)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在服用している薬はありますか（薬名)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去に大きな病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
手術を受けたことがありますか ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お薬で発疹が出たり 気分が悪くなったことがありますか (薬品名)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お薬以外でアレルギーをおこしたことがありますか 1. 食物 2. 花粉 3. ほこり 4. 動物 5. その他	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
運転しますか	する ・ しない	
女性の方	a. 妊娠中 b. 妊娠の可能性 c. 授乳中 d. なし	
ジェネリック医薬品をご希望の方には院外処方せんを発行しています。院内・院外どちらを希望されますか。	<input type="checkbox"/> 院内	<input type="checkbox"/> 院外
備 考 （体重・生活習慣など） 質問があればご記入ください。		

(中学生以上用)

中井医院