

問 診 表

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ： _____

氏名： _____

〒： _____

住所： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別： 男性・女性 _____ 歳

電話番号： _____

携帯番号： _____

職業 _____

※付き添いの方がいらっしゃる場合は、お名前・連絡先の記入をお願いします。

フリガナ

お名前 _____ 様 続柄 _____

電話番号 _____

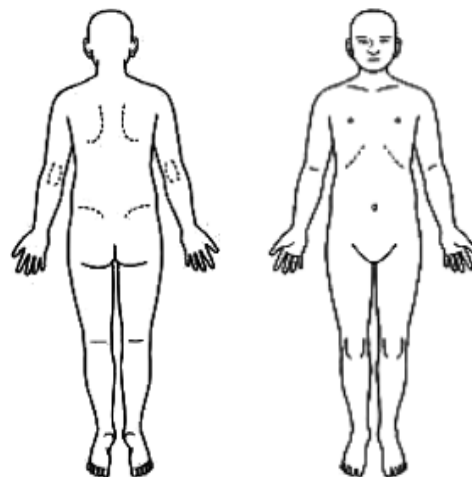
携帯電話 _____

どうされましたか？

- ・お工作中的の怪我ですか。(はい・いいえ)
 - ・交通事故での怪我ですか。(はい・いいえ)
- (いつ 年 月 日)

・困っている場所に丸印をしてください

左 右 右 左



1. 当院には はじめて 前に来たことがある (_____ 前)
当院をどのようにして知りましたか。 ホームページ 看板 紹介 (_____)

裏面にもお答えください⇒

2. 薬・注射・麻酔・食べ物にアレルギーはありますか。 ない・ある

・ピリン系に過敏・歯科麻酔に過敏・ペニシリン系に過敏・ヨード系に過敏

・その他 ()

3. 現在、治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけて下さい。 ない・ある

①高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・肺疾患・喘息・リウマチ・結核

その他 ()

②過去にした手術

心臓ペースメーカー・ステント・脳クリップ

その他 ()

4. 服用している薬はありますか。 ない・ある

お薬手帳があれば、必ず問診表と一緒にご提出下さい

お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか

()

5. その他に注意してもらいたいことがありますか。 ない・ある (具体的に_____)

6. 女性の方へ

現在妊娠をしていますか。 はい・いいえ

現在授乳中ですか。 はい・いいえ

マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）に関する問診票

本日マイナ保険証を使用される患者様は以下の質問にお答えください。使用されない患者様はお答え
いただく必要はございません。

1. マイナ保険証（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？

はい いいえ

顔認証付きカードリーダーで同意をすると、初めての医療機関でも、今までに使った正確な薬の情報やご自身の過去の受診歴・診療情報を踏まえた健康状況が医師と共有でき、より多くの情報に基づいた、診療を受けることが可能となります。

2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい いいえ

3. この1年間で健診を受けましたか？

はい いいえ *マイナ保険証ご利用の方は、ご記入を省略できます*

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。正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。