

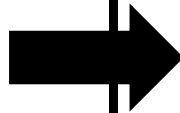
問診票

受診日 年 月 日

ふりがな		男 女	生 年 月 日	
お名前			大・昭・平・令（才） 年 月 日	
ご住所	〒 —			
ご連絡先	携帯（ ）	身長 _____ cm		
	自宅（ ）	体重 _____ kg 体温 _____ °C		

今日はどのようなことで受診されますか

症状をこちらにご記入ください



風邪症状の方は検査を希望されますか	はい（コロナ インフル その他） いいえ
今日の症状はいつごろからですか	
今日の症状で他の病院を受診していますか	なし あり
紹介状を持参していますか	なし あり

現在、他の病院に通院していますか	なし あり
処方されているお薬はありますか	なし あり
お薬手帳をお持ちですか	なし あり

これまでに大きな病気（入院や手術）をしたことがありますか	なし あり（下記にご記入ください）
これまでに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか	なし あり（薬、食品名を下記にご記入ください）
この1年間で健診（特定健診・高齢者健診）を受診しましたか	はい いいえ
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
（女性の方に）現在、妊娠中または授乳中ですか	はい いいえ

当院では、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の正確な診療情報を取得・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。

マイナ保険証の積極的な利用にご協力をお願いいたします。（初診時医療情報取得加算：1点）