

問診票

(自費 ・ 自賠責 ・ 妊娠中 ・ 授乳中)

フリガナ _____

名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____ - _____ - _____ 携帯電話 _____ - _____ - _____ 年齢 _____ 歳

〒 _____

住所 _____

体温 _____ °C 体重 _____ Kg (成人の方は未記入で結構です)

当院にはじめてかかる方は上記の項目を必ずご記入ください。

① 今日はいつから、どのような症状でお困りですか？

	いつから	症状 (わかりやすく、記入漏れがないようにお願いします。)
耳		
鼻		
のど		
くび		
めまい		
その他		

② 既往歴について教えてください。

※お薬手帳をお持ちの方は、受付又は診察の際、医師にご提出ください。

[_____]

③ 女性の方へ

現在、妊娠中ですか？妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

(はい：現在、妊娠 _____ ケ月 出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ (はい： _____ 歳 _____ ケ月)

④ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

同意する ・ 同意しない ・ マイナ保険証未保持

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致します。

記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。