

クリニック記入欄		
自費	自賠責	学保
妊娠中	授乳中	

問診票

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)

当院に初めて受診される方は上記の項目を必ずご記入ください。

① いつから、どのような症状でお困りですか？

※ 可能であれば時系列で簡潔に記載して下さい。

※ 一連の流れで診察しますので、診察中に追加事項をなさらないようにご配慮をお願いします。

クリニック記入欄
受診までに発熱
あり: _____ °C
感染症の疑い
インフル・コロナ
検査 [] []
その他:
食事:
水分:
吐き気
あり ・ なし

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 _____ ヶ月 出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

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

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。