

年 月 日

問 診 票

ID _____

(1) ふりがな

お名前 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

身長 _____ 体重 _____

〒 _____ TEL _____ () _____

携 帯 _____ () _____

住所 _____

(2) マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証利用)による情報取得に同意されましたか？

はい ・ いいえ ・ 持っていない

(3) いつ頃からどのような症状があったか、できるだけ詳しくお書き下さい。(体温 _____℃)

(4) 今までに病気・手術をしたことがありますか？

(小児喘息・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎などもお書き下さい)

あり ・ なし 病気・手術 _____ 歳頃

病気・手術 _____ 歳頃

・糖尿病 → あり ・ 疑いと言われたことがある ・ なし

・高血圧 → あり ・ 疑いと言われたことがある ・ なし

・緑内障 → あり ・ 疑いと言われたことがある ・ なし

・前立腺肥大症(男性の方) → あり ・ 疑いと言われたことがある ・ なし

(5) 血縁関係のある方で病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか？

(喘息・高血圧・糖尿病・脳血管障害・心臓疾患・癌・アレルギー疾患など)

間柄 _____ 病名 _____ 間柄 _____ 病名 _____

(6) 食べ物・薬・注射で副作用(じんましん・肝障害)が出たことがありますか？

はい ・ いいえ 「はい」の方 → 食品名・薬品名 _____

→その時の症状 _____

(7) 現在、他の病院に通っていますか？ はい ・ いいえ

病院名 _____ 薬剤名 _____

(8) 肝炎(C型など)の有無 あり ・ なし

(9) 喫煙の有無 なし ・ 現在吸っている(1日に _____ 本 _____ 歳から喫煙)

以前は吸っていた(1日に _____ 本 _____ 歳 ~ _____ 歳まで喫煙)

(10) ペットは飼っていますか？

はい ・ いいえ 「はい」の方 → 犬 ・ 猫 ・ その他(_____)

(11) 職業(仕事内容を教えて下さい) _____

(12) 妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ

(授乳していますか？ はい ・ いいえ)

(13) 運転の有無 毎日する ・ たまにする ・ しない

この個人情報に関しましては、医療目的以外では使用致しません。

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証ご利用にご協力をお願いいたします。