

問 診 票

診察番号： 12

年 月 日

ふりがな		性別	職業	
氏名		男 ・ 女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
		年齢		歳
住所	〒 -			
自宅電話番号	-	携帯電話	-	-

●どのような症状がありますか？ (現在の体温)

いつ頃から？

症状は？

●大きな病気やケガで、入院や手術をしたことはありますか？

なし あり⇒どんな手術でしたか？ 年 月頃(輸血 あり ・なし)

●薬や食べ物でアレルギー(じんましん)が出たり、気分が悪くなったことはありますか？

なし あり ⇒ 薬や食べ物の種類：

●この1年間に健康診断をうけましたか？ いいえ ・ はい⇒指摘事項をお書きください

●現在他の医療機関に通院治療されていますか？又 現在服用中の薬はありますか？

してない ・ している ⇒ 病院 ・ 診療所 ・ 医院

服用している薬の名前・用法・投与期間：

●タバコは吸いますか？

吸わない ・ 以前吸っていたがやめた (年前)

吸う (年) (1日 本)

●女性の方へ質問： ・現在妊娠中 (ヶ月) ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中

●検査や治療に必要な場合がありますので 身長・体重を教えてください。

身長 cm 体重 kg

●ご家族の病気を教えてください。(例： 父 高血圧)

●当院をどのように知りましたか？

・インターネット(サイト名：) ・近所に住んでいるから

・近所に勤務しているから ・知人の紹介(様より)

●マイナンバー保険証をお使いの方へ： 診療情報を取得してもよいですか よい よくない

ご協力ありがとうございました。 医療法人 富喜会 おおさき内科クリニック 医院長 大崎 匡

当院はマイナ保険証の利用や問診票を通じて診療情報を取得・活用し質の高い医療を提供することにつとめています
ご自身の正確な診療情報を取得できるので、マイナンバー保険証をご活用ください