

(フリガナ) 氏名:	性別: 男・女	体温: °C
	体重 (中学生まで記入):	kg
生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		
住所: 〒		
自宅電話番号:	携帯電話番号:	

★緊急連絡先 (上記に記入された内容以外で、必ず1名はご記入ください)

(フリガナ)

①氏名: _____ 続柄 _____ 電話番号: _____

(フリガナ)

②氏名: _____ 続柄 _____ 電話番号: _____

【個人情報の取り扱いについて】この問診票にご記入いただいた個人情報は、診療行為以外の用途には使用いたしません。

【下記の質問事項に☑またはご記入ください】

1. 本日の来院理由を教えてください

今現在症状: あり・なし

2. 過去、もしくは今現在、下記の病気にかかったことはありますか？

いいえ はい

<input type="checkbox"/> 心臓病	(<input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞)
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> その他	(_____)

3. これまでに薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか？

いいえ はい (薬名 又は 食品名等: _____)

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

いいえ はい (薬名: _____)

※お薬手帳または、薬剤情報をお持ちの方は薬名記入不要です。受付にお出してください。

5. 会話が聞き取りにくいですか？

いいえ はい (理由: 難聴 その他: _____)

6. 持参書類はありますか？

いいえ 紹介状 検査結果 その他 (_____)

7. 女性の方のみお答えください

☆妊娠されてますか？ いいえ はい (_____ 週目) わからない

☆授乳中ですか？ いいえ はい

8. その他 (10月~3月に受診の方のみご記入ください。)

・今シーズン季節性インフルエンザ予防接種は受けましたか？ いいえ はい

・1週間以内で近親者にインフルエンザ感染者はいますか？ いいえ はい

9. 保険情報等についてお答え下さい。

(1) 本日は、下記のいずれかをご持参されましたか？

マイナンバーカードの保険証

健康保険証

(以下、マイナ保険証)

(2) マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意した

同意していない

(3) (2) の設問にて健診歴の情報に同意された方は記載不要です。

直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

受けた

受けていない

(健診名：)

(いつ頃： 年 月 ごろ)

当院は、診療情報（薬剤情報・特定健診情報・その他必要な情報）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。

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

※ご記入ありがとうございました。

