

問診票

記載日 年 月 日

氏名 _____ 年齢 歳 性別 男 女 職業 _____

- 他の医療機関からの紹介状（診療情報提供書）をお持ちですか？ はい いいえ
- マイナンバーカードの保険証による診療情報（服薬歴、健診歴など）取得に同意いただけますか？ はい いいえ

1 症状（わかる範囲で下記の項目に○印、ご記入をお願いします。）

今日はどのような症状で来られましたか？

その他

(痛い だるい しびれる つばる 腫れている)

どこが？

いつから？

思い当たる原因

症状のすすみかたは？

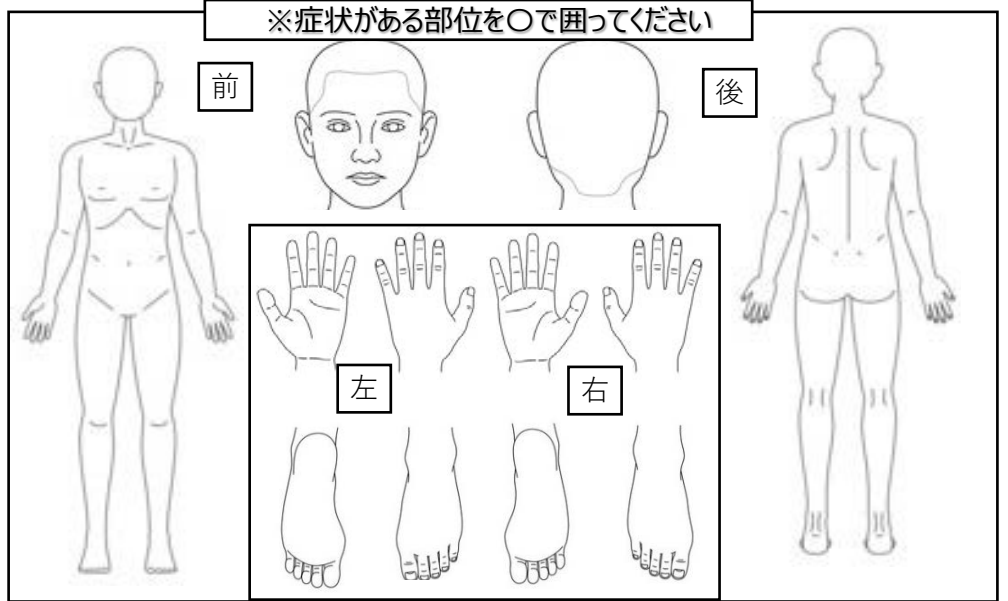
急に 徐々に

その他 ()

はじめに比べて

良くなっている 悪くなっている

その他 ()



2 今回のことで、どこかで治療を受けていますか？

はい 医療機関名 () その他 () いいえ

3 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい 医療機関名 () 最終受診日 (/) いいえ

治療内容 () 処方 あり なし () お薬手帳

※マイナ保険証による情報取得に同意した場合は直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です。

4 これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

はい 医療機関名 () 治療期間 (~) いいえ

治療内容 ()

5 食べ物・飲み薬・注射で蕁麻疹やアレルギーが出たことがありますか？

はい () いいえ

6 ペースメーカーを装着していますか？

はい いいえ

7 1年以内に健診を受けましたか？

はい いいえ

8 最近外国へ行かれましたか？

はい () いいえ

9 たばこ・アルコールについて

たばこ : 吸う (1日 本) (約 年間) 吸っていた (1日 本) (約 年間) 吸わない

アルコール : 飲む (種類 :) (頻度 :) (1回に飲む量 : ml) 飲まない

10 『女性の方のみ』現在妊娠の可能性はありますか？

妊娠 月 いいえ わからない

11 本日、特に希望する事はありますか？

()