

診療申込・問診票

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日 大 昭 平 令 年 月 日		
氏名	男 ・ 女	年齢	才
住所 〒	電話		
	携帯		

◆マイナ保険証 ☐あり ☐なし
→ありの方 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ☐はい ☐いいえ
◆紹介状持参 ☐あり ☐なし
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
(医療情報取得加算の算定医療機関です)

1.今日はどうされましたか？（症状、経過、など）

（ ）

2.現在治療中の病気もしくは、今までにかかったことのある病気はありますか？

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐脂質異常症 ☐癌 ☐喘息 ☐脳卒中
☐血液疾患 ☐その他 （ ）

入院・手術のご経験がある方はご記入ください。

（病名 年 月 頃

3.何かお薬を飲まれていますか？

☐いいえ ☐はい →お手帳の持参 ☐あり ☐なし

4.健康診断を受けていますか？

☐いいえ ☐はい →直近の健康診断受診 年 月 頃

5.食べ物・お薬・注射でアレルギーが出たことはありますか？

☐いいえ ☐はい （ ）

6.たばこを吸いますか？

☐いいえ ☐吸っていたがやめた ☐はい （1日 本）

7.アルコールを飲みますか？

☐いいえ ☐はい → 毎日 ・ 週に何日か ・ 週1回 ・ たまに

8.女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか？

☐いいえ ☐はい （妊娠 ヶ月 ） ☐不明

9.当クリニックを何でお知りになりましたか？

☐家族 ☐知人 ☐医療介護関係者 ☐近所
☐インターネット ☐その他 （ ）

10.診療において希望されることや気になることがあればお書きください。

（ ）