

問 診 票

氏 名 _____

①今の症状をご記入ください

どこがどのように悪いですか？ ()

②いつからですか？ ()

③今までかかった病気や治療中の病気があれば、チェックしてください

- 心疾患 高血圧 脳神経疾患 脂質異常症
糖尿病 肝・腎臓疾患 喘息 前立腺肥大
その他（病名： _____）

④現在飲んでいる薬はありますか？

- なし あり（薬品名： _____）

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください

⑤飲み薬、注射、点滴をした後で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？

- なし あり（薬品名： _____）

⑥アレルギーはありますか？ある場合はその名前をご記入ください

- 薬品 なし あり（具体的に： _____）
食べ物 なし あり（具体的に： _____）
花粉症 なし あり（具体的に： _____）

⑦たばこ 吸わない 現在も吸っている 過去に吸っていた
(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

アルコール 飲まない 飲む
(種類： _____、1日 _____ 杯、週に _____ 回)

⑧他医療機関からの紹介状はありますか？

- なし あり ※紹介状をお持ちの方は受付にお出してください

⑨女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？

- なし あり

⑨マイナ保険証の方へ 当院の診療情報取得に同意されますか？

- 同意する 同意しない

⑩過去1年間に特定健診か高齢者健診を受診されましたか？

- なし あり 不明

※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おります