

問診票

年 月 日

ふりがな		性別
お名前: name		男 女
生年月日 Birthday	大 昭 平 年 月 日	年齢 age 歳
住所: Address	〒	
携帯:	TEL:	

1. 本日はどうなさいましたか？ 体温: _____ °C

 2. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ
 3. 現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい いいえ
- 医療機関名(_____) 受診日(_____) 治療内容(_____)
4. 糖尿病が心配ですか？ はい いいえ
 5. 今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？
 - 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症・心筋梗塞
 - 脳梗塞・脳出血
 - アレルギー(食物・薬物) (_____)
 - その他 (_____)
 6. 内服中の薬があれば教えてください (_____)
(お薬手帳をお持ちの方は診察時にお見せ下さい)
 7. この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたはい いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載省略可) 受診時期(_____) 指摘事項等(_____)
 8. 日常生活について教えてください
 - ・ タバコを吸う はい いいえ

_____ 本/日 × _____ 年間
 - ・ お酒を飲む はい いいえ

ビール 日本酒 焼酎 ワイン _____ ml/日、週 _____ 回
 9. 血のつながった御家族の方に次の病気の方はいらっしゃいますか？
 - 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症・心筋梗塞
 - 脳梗塞・脳出血 結核 癌
 10. 女性の方に伺います。妊娠の可能性はありますか？
はい いいえ
 11. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？
はい いいえ
 12. その他何かありましたら、裏面にご自由に記載してください

MEMO

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。