

# 問 診 票

年 月 日

(フリガナ) 氏 名	男 ・ 女	生年月日 T ・ S ・ H ・ R	西 暦 年 月 日 ( 歳 )
住 所 〒			
TEL		携帯番号	

※再来の方、住所等に変更のない方は名前のみご記入ください

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、マイナ保険証の活用にご協力お願いいたします。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点

マイナ保険証による診療情報取得に同意する（同意される場合は口に✓マークをお願いします）

1. この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受診していますか？

はい ・ いいえ （マイナ保険証による情報取得に同意した場合省略可）

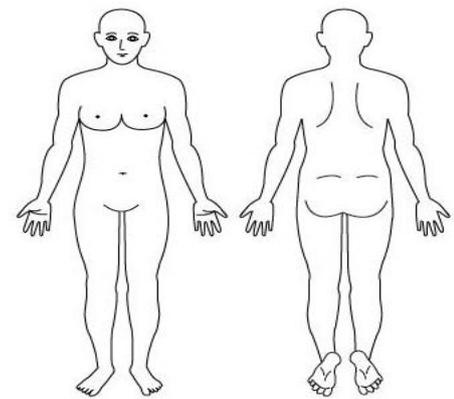
2. 本日はどのような目的で来院されましたか？

- ・ いつもと体調が違うため〔 診察希望 ・ 点滴希望 〕
- ・ 関節注射 ・ 処置 ・ 介護申請 ・ 健診異常の二次検査 ➡ 本日の食事摂取 有 ・ 無
- ・ 紹介状持参の受診 ・ その他（

3. 症状は いつからですか？（どの様な時？ どれくらい続きましたか？）

4. 診察を希望する症状または部位に○印をつけてください。

- 〔症状〕 痛み（ 頭 ・ 首 ・ 肩 ・ 腰 ・ 膝 ・ 手 ・ 足 ・ 腹 ）  
 熱（      ℃ ） ・ 咳 ・ 痰がらみ ・ 食欲不振 ・ だるさ  
 のどの痛み ・ 鼻水 ・ めまい ・ 動悸 ・ 胸の圧迫感  
 不眠 ・ しこり ・ かゆみ ・ 湿疹  
 おなかが張る ・ 便秘（ 最後      日前 ） ・ 下痢（      回 ）  
 吐き気 / 吐いた（      回 ）



〔その他〕 上記以外の症状がある方はご記入ください

5. 現在、他の医療機関に通院していますか？

医療機関名	治療内容
受診日	処方薬

6. これまでに大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）

病名	いつ頃
----	-----

7. アレルギーはありますか？

食べ物 ・ 薬      なし ・ あり（      ）

8. 女性の方へ 妊娠してますか？      はい（      か月 ） ・ いいえ ・ 不明

授乳中ですか？      はい ・ いいえ