

問診票

ID

診察日

※黒枠の中をご記入ください

カナ		男・女	年齢
氏名		職業	

マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？ 【 はい 】 【 いいえ 】

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ 【 はい 】 【 いいえ 】

本日はどうされましたか？具体的にお書きください			交通事故 ・ 労災
いつから	どこが	どのように	考えられる原因

● 今回の症状に関して、他施設で診察されて
いましたか？

- いいえ (施設名)
- はい

● これまでに、又は、現在も治療されている
病気はありますか？

- いいえ ペースメーカーあり
- 高血圧 不整脈・狭心症・心筋梗塞
- 糖尿病 脳出血・脳梗塞・脳動脈瘤
- 肝臓病 リウマチ 痛風
- 腎臓病 骨粗鬆症 喘息
- その他 {

● 過去に手術を受けたことはありますか？

- いいえ
- はい (手術部位)

● 現在、服用しているお薬はありますか？

- いいえ
- はい お薬手帳 ○あり ○なし
- ※お薬手帳なしの方はご記入ください
- { 薬品名

● 薬品・食物等、アレルギーはありますか？

- いいえ
- はい {

● 現在、妊娠又はその可能性がありますか？

- いいえ (※女性の方のみ)
- はい

※この欄はスタッフが記入します

