

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)	年 月 日 歳
〒 —	住所
自宅 — —	携帯 — —
緊急連絡先 — —	氏名 続柄

◎症状はいつから出ていますか？ (月 日頃から)

◎当てはまるものに○を付けてください。 現在 KT °C

発熱 鼻水 鼻づまり 眼のかゆみ 咳 痰 のどの痛み 頭痛 関節痛 倦怠感
呼吸苦 胃痛 吐き気 おう吐 腹痛 下痢 便秘 動悸 息切れ 口の渇き 冷や汗
むくみ 頻尿 残尿感 排尿痛 腰痛 胸痛 背中の痛み 体重増加 体重減少

◎上記以外の場合はこちらに記入してください。

()

◎その症状について、他の医療機関で受診されましたか？ はい (薬あり・薬なし) いいえ

※お薬手帳をお持ちでしたら、ご提示お願いいたします。

◎今までにかかった病気や現在治療中の病気があれば、当てはまるものに○を付けてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 結核 癌
骨粗鬆症 リウマチ その他 ()

◎お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ はい () いいえ

◎現在、たばこを吸っていますか？ はい (1日 本) いいえ

◎お酒は飲まれますか？ はい (毎日 時々) 飲まない

◎1か月以内に海外へ行かれたか？ はい () いいえ

◎サプリメントや栄養補助食品を服用していますか？ はい () いいえ

※女性の方のみ 現在妊娠されていますか？ はい (現在 週) いいえ

現在授乳中ですか？ はい (1日 回) いいえ

◎マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ はい いいえ

※当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

真鍋医院