

《問診票》

記入日

年 月 日

診察券No. _____

フリガナ

男 大・昭・平・令

氏名

女 生年月日 年 月 日

(〒 -)

* 身長 ()cm 体重 ()Kg 体温 ()度

住所

電話

()

自宅・携帯

緊急連絡先

()

同上・本人・勤務先・その他()

★ 検査の異常・忘れ物があった場合などの連絡の為。

※ マイナンバーカード保険証による診療情報取得に、 同意する 同意しない 持っていない

① 当医院で診療を受けたことがありますか

ある → 昭・平・令 年 月 ごろ

ない → 家族・友人の紹介 インターネット 他の医療機関からの紹介 その他()

② いつ頃から症状が現れましたか

[]

③ 診療を受けたい体の部分はどこですか

(図に○をつけて下さい)

[]

④ どんな症状ですか

かゆい・痛い・赤い・できもの・ブツブツ・はれている
その他 []

⑤ 上記の症状を、他の医療機関で治療されましたか

いいえ・はい → []

治療内容 { 飲み薬 []

ぬり薬 []

⑥ 今まで、病気になったことがありますか

いいえ

はい → アトピー性皮膚炎・じんま疹・アレルギー性鼻

アレルギー性結膜炎・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病

前立腺の病気・緑内障・てんかん・けいれん・高血圧・高脂血症・骨粗鬆症

その他 []

⑦ 現在、内服中の薬(飲み薬) → お薬手帳のある方は、出して下さい。

病名 []

内服薬 []

⑧ 過去に、薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか

薬 : ない・ある []

食べ物 : ない・ある []

⑨ 過去3カ月以内に海外旅行しましたか

いいえ・はい → いつ 年 月 日 ~ 月 日まで 何処へ ()

⑩ 女性の方へ

現在、妊娠していますか いいえ・はい : 月・可能性あり

現在、授乳中ですか いいえ・はい

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つとめています。正確な情報を取得・活用する為、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。

** ご協力ありがとうございました。 **

医療法人社団 宮林会 宮林医院

R5.4 訂正

★ 問診票に書いた部位のみの診察となります

