

# 問診票

受診日 年 月 日

|      |     |       |   |
|------|-----|-------|---|
| ふりがな |     | 年 齢   | 才 |
| 氏 名  |     | 電話番号  |   |
| 住 所  | 〒 - |       |   |
| 体 重  | kg  | 本日の体温 | ℃ |

1. マイナ保険証（保険証と紐付けされたマイナンバーカード）で受付されましたか？

（ はい ・ いいえ ）

↳ 診療情報取得に同意されますか？ （ はい ・ いいえ ）

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。

2. 今、一番困っている症状は何ですか。○で囲んでください。

咳・たん・のどの痛み・鼻水・頭痛・めまい・腹痛・吐き気・下痢

発熱・動悸・息苦しい・食欲がない・体がだるい・腰痛・肩こり・膝の痛み

その他（ ）

3. その症状はいつ頃からありましたか。

年 月 日午前・午後 ごろ

4. 以前、下記の病気にかかったことがありますか。ある方は○で囲んでください。

喘息・肺炎・結核・胃十二指腸潰瘍・肝臓病・糖尿病・心臓病・高血圧

※それは何才の時でしたか（ ）

※手術を受けたことが（ ある ・ ない ）

ある方は、どんな手術でしたか（ ）

※その他に、入院したことがありますか？

（ ）

5. 以前、薬で強い副作用を経験したことがありますか。（ ある ・ ない ）

ある方は、その薬の名前（ ）

その症状（ ）

6. 女性の方だけお答えください。

妊娠あり（ か月 ） ・ なし

授乳中ですか（ はい ・ いいえ ）

7. 希望されることがありましたら、書いてください。

[ ]

8. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ ・ 携帯サイト ・ 家族より紹介 ・ 友人、知人より紹介

（ ） （ ）

※よろしければ紹介者の方をお書き下さい。