

マイナ保険証による診療情報取得に同意なさいましたか？ はい ・ いいえ

問 診 票

月 日

ふりがな

昭和・平成・令和・西暦

氏名 様 生年月日 年 月 日 (年齢 才)

住所 〒 富山県 市 番地

電話番号 () - 携帯番号 - -

(第1連絡先:続柄) (第2連絡先:続柄)

携帯番号 - - 携帯番号 - -

おおよそで結構です。

診察室で測定します。

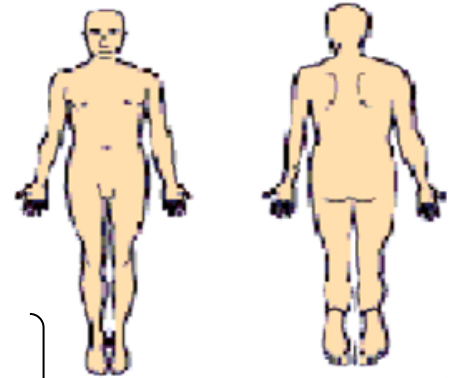
体温 °C 身長 cm 体重 kg 血圧 / 脈拍 回

1. 都合の悪い所はどこですか？右の図に○印して下さい。

2. いつ頃からどのような症状がありますか？

簡単で結構です。詳しくは、医師にお話ください。

[]



3. 現在、他の医療機関に通院していますか？

通院している ・ 通院していない

医療機関名 [] 病名 []

本日、紹介状は持参されていますか？ はい ・ いいえ

今までに、大きな病気にかかったことはありますか？

医療機関名 [] 発症時期 [] 病名 []

4. 現在、薬を飲んでいますか？

はい (薬剤名:) ・ いいえ

5. お薬手帳はお持ちですか？ (受付へお出し下さい)

はい (1. 持ってきた 2. 忘れてきた) いいえ (1. 作成する 2. 必要ない)

マイナ保険証の患者様で、直近1ヶ月以内に新たに処方された薬はありますか？

はい (薬剤名:) ・ いいえ

6. 今までに身体に金属を入れるような手術を受けた事がありますか？

はい ・ いいえ

医療機関名 () いつ頃・年齢 () 部位 ()

7. 嗜好品について

★ アルコールは飲みますか？

はい () ・ いいえ

★ たばこは吸いますか？

はい (1日 本) ・ いいえ

8. 薬・食品のアレルギーはありますか？

はい (原因・症状) ・ いいえ

9. この1年間で健康診断 (特定健診、高齢者健診に限る) を受診しましたか？

はい ・ いいえ

他院で受診の場合は、健診結果をご持参ください

10. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠していますか？ または、授乳中ですか？

はい (ヶ月) ・ いいえ ・ 不明

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おります。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

診察の参考にいたします。ご協力ありがとうございました。 この問診票は、個人情報保護法に則り、医療行為以外の目的には使用しません。