

ID: \_\_\_\_\_

## 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな <b>氏名</b>	男 ・ 女	<b>生年月日</b> 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
〒 <b>住所</b>	町 丁目 番地	
<b>電話番号</b> 自宅 ( ) 緊急連絡先 ( )		続柄 ( ) ※ご本人以外の電話番号を記入してください。

該当する部分に○をつけてください。

1	マイナンバーカード健康保険証（マイナ保険証）利用による情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ
2	どのような症状で来院されましたか？ ( )
3	他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ ・ はい
4	現在、他の医療機関に通院していますか？ (医療機関名： 受診日： 治療内容： ) いいえ ・ はい
5	これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ 病名 ( ) 医療機関名 ( ) 時期 ( ) 治療内容 ( ) いいえ ・ はい
6	現在服用している薬はありますか？ (血液サラサラ薬（抗血栓薬・抗凝固薬）・その他 ( ) ※お薬手帳や投薬袋などをご提出ください。 いいえ ・ はい
7	薬や食べ物で、アレルギーや蕁麻疹、副反応などが出たことはありますか？ (薬・食品名： 症状： ) いいえ ・ はい
8	今年、健診（特定健診・高齢者健診）を受けましたか？ いいえ ・ はい（指摘事項： ) ・ わからない

女性の方のみ記入してください。

9	妊娠されていますか？ ( 週目 又は 出産予定日 ) いいえ ・ はい
	授乳中ですか？ いいえ ・ はい

当院はマイナ保険証を活用して診療情報を取得することにより、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お願いいたします。

なお、問診表に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。 医療法人 堀尾医院