

問診表

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	男	生年月日 明大昭平 年 月 日 (歳)		
氏名	女			
住所 〒				
本人自宅電話番号		本人携帯番号		
緊急連絡先 氏名		続柄	電話番号	
アレルギーは？ ない ある ()		喘息は？ ない ある		
身長 cm		体重 kg		

① マイナ保険証(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		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。		
☐ いいえ		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 本日の具合はどのように悪いですか？				
年 月 日頃から				
③ 現在、他の病院で何か治療を受けていますか？ また、服用中のお薬があれば全てご記入ください ※ お薬手帳やお薬の説明書をお持ちの場合は一緒に出してください				
☐ 治療ない ☐ 治療ある→病名() 病院名()				
薬品名 ()				
④ 過去に特別の病気をしたことありますか？ (例 肝炎、リンパ腫、癌、結核 等)				
☐ ない ☐ ある (病名)				
⑤ 家族(血縁関係のある方)に病気の方はいますか？ (例 糖尿病、高血圧、癌、脳卒中、リウマチ等)				
☐ いない ☐ いる (続柄 病名)				
⑥ タバコは？ ☐ 吸う ☐ 吸わない ⑦ お酒は？ ☐ 飲む ☐ 飲まない				
⑧ この1年間で健診(特定健診または高齢者検診)を受診しましたか？				
☐ いいえ ☐ はい (時期: 指摘事項:)				
⑨ 女性の方にのみお伺いします				
現在妊娠していますか？ ☐ はい・ ☐ いいえ ☐ わからない				
生理について ☐ 異常なし ☐ 異常あり () 閉経 (歳頃)				
⑩ その他 何かあればご記入ください				

※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。 前島リウマチ内科