

診療申し込み・問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日(歳)
氏名		男 女	自宅電話	-	-	
			携帯電話	-	-	
住所	〒 -					

※お手数ですが、下記の項目について、ご記入をお願いします。

☆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

☆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ

☆本日受診の症状は？

いつごろから？ どのような症状が？

☆現在かかっている病院・疾病は？ あり ・ なし

(病院名) (かかっている傷病名)

(1) 病院・医院 () 科

(2) 病院・医院 () 科

☆他院でもらって飲んでいるお薬はありますか？ はい ・ いいえ

お薬手帳や薬の説明書をお持ちですか？ はい ・ いいえ (薬品名:)

☆これまでに、大きな病気(入院や手術等)の経験はありますか？ はい ・ いいえ

(いつ) 年 月頃 (どこで) 病院 (疾患名) (手術名)

☆この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ はい ・ いいえ

(いつ) 年 月 何か指摘されましたか？

☆排便状況 ()便秘気味 ()下痢気味 ()便秘と下痢を繰り返す ()正常

☆これまでに、食べ物やくすりでアレルギー症状がでたことはありますか？

なし・あり ⇒ くすりや食べ物の種類・名前:

☆(女性のみ)妊娠していますか？ ・ している(カ月) ・ していない ・ 授乳中

☆お酒は飲みますか？ 飲まない・たまに飲む・毎日(を くらい)

☆タバコは吸いますか？ 吸わない・止めた・吸う(1日 本くらい)

☆市販薬(便秘薬含む)・サプリメント・健康食品を摂っていますか？ はい ・ いいえ

(種類)

☆以前に当院を受診したことがありますか？ ない ・ ある(年 月頃)

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。また、個人情報保護法を遵守し、皆様の個人情報を適切かつ万全の体制で取り扱います。

お渡しする診察券を必ず自己責任で保管し、次回よりお持ちください。再発行には費用がかかります。

医療法人社団みとし会 クニタクリニック