

# 問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな						生 年 月 日
お名前	大・昭 平・令					年 月 日
郵便番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※必ずご記入ください
住 所	<input type="text"/>					
電話番号	(自宅)	年 齢		性 別	男・女	
携帯番号	(本人)					
ご家族連絡先	(お名前)	続柄	電話番号			
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか	同意する <input type="checkbox"/>		同意しない <input type="checkbox"/>			

## ≫どの様な症状でおかかりですか？

- |                                  |                                     |                                       |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱      | <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 鼻水           |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い    | <input type="checkbox"/> のどが痛い      | <input type="checkbox"/> たん(白・黄・緑・血痰) |
| <input type="checkbox"/> 吐き気     | <input type="checkbox"/> 食べられない     | <input type="checkbox"/> 関節が痛い(部位 )   |
| <input type="checkbox"/> だるい     | <input type="checkbox"/> 胸焼け        | <input type="checkbox"/> お腹が痛い(部位 )   |
| <input type="checkbox"/> 下痢      | <input type="checkbox"/> 便秘         | <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる      |
| <input type="checkbox"/> めまい     | <input type="checkbox"/> 動悸         | <input type="checkbox"/> 息切れ          |
| <input type="checkbox"/> 胸が苦しい   | <input type="checkbox"/> 胸が痛い       | <input type="checkbox"/> 脈が乱れる        |
| <input type="checkbox"/> 眠れない    | <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い    | <input type="checkbox"/> 残尿感がある       |
| <input type="checkbox"/> 尿をすると痛い | <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる    | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい       |
| <input type="checkbox"/> 手足がむくむ  | <input type="checkbox"/> 手足に力が入りにくい | <input type="checkbox"/> しびれ(部位 )     |
| <input type="checkbox"/> 肩がこる    | <input type="checkbox"/> くちがまわらない   | <input type="checkbox"/> ふるえ(部位 )     |

## ≫その他の症状

( )

## ≫その症状はいつからですか？

( )

## ≫今まで大きな病気・手術はありましたか？

【 いいえ ・ はい 】 ( )  
(医療機関名 )

## ≫現在治療中の病気、また飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です)

【 いいえ ・ はい 】 ( )  
(医療機関名 )

- ≫ アレルギー 【 ない ・ ある 】 ( )  
 ≫ タバコ 【 吸わない ・ 吸う 】 (1日 本)  
 ≫ お酒 【 飲まない ・ 飲む 】 (1日 本)  
 ≫ 妊娠の可能性 【 ない ・ ある 】 授乳中

## ≫最後に、初めて当院に来られた方のみご記入お願いします。

### 😊 当院を何で知りましたか？

- 1.看板 2.インターネット 3.知人・家族の紹介 4.その他( )

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務めています。  
 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致します。