

NO.

問診票

令和

年

月

日

ふりがな				年齢		
お名前				歳		
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別	男・女
ご住所	〒 -					
電話番号			携帯番号			
ご家族連絡先	お名前 () 続柄 () 電話番号 ()					
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 持っていない						

1・紹介状はお持ちですか？	ある ・ ない 【紹介状をお持ちの方は、7番以降の記入をお願いします】
2・今日はどうなさいましたか？ (該当するものに○をつけてください)	発熱・咽頭痛・咳・腹痛・下痢・めまい・手足のしびれ 吐き気・頭痛外来・物忘れ外来・禁煙外来 その他 ()
3・上記の症状はいつごろからですか？	() 頃から
4・ご希望の診療科はありますか？	内科 ・ 精神科
5・他にかかりつけの病院はありますか？	ある ・ ない 病院名 () 病名 ()
6・現在飲んでいるお薬はありますか？	ある ・ ない 【お薬手帳 持っている ・ 持っていない】
7・薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？	ある ・ ない 具体的な症状 ()
8・食べ物でアレルギーはありますか？	ある ・ ない 具体的な症状 ()
9・過去に大きな病気や入院をしたことはありますか？	ある ・ ない 病名 () いつ頃 ()
10・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診等)の受診はありますか？	ある ・ ない いつ頃 ()
11・女性の方にお伺いします。 妊娠している可能性はありますか？	ある ・ ない
12・喫煙していますか？	はい ・ いいえ
13・塚原クリニックをどちらでお知りになりましたか？	他医療機関からの紹介 ・ 看板等を見てホームページを見て 知人の紹介 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努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。