

## 問診票

年 月 日

## 【ご本人】

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所	〒					
電話番号	☎ ( )	☎ ( )				
勤務先						
保険の 種類	国保 ( 本人 ・ 家族 )		社保 ( 本人 ・ 家族 )			
	後期高齢		生活保護 ( 受給中 ・ 申請中 )			
紹介状	有 ・ 無		自立支援法 受給	している ・ していない		
障害者 等手帳	精神 ・ 身体 ・ 療養 ・ 無		年金受給	老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ・ 無		

## 【ご家族等】 連絡先 第1優先

ふりがな 氏名	生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所	〒				
続柄	勤務先				
電話番号	☎ ( )	☎ ( )			
補足					

## 【ご家族等】 連絡先 第2優先

ふりがな 氏名	生年月日	大・昭・平	年	月	日
住所	〒				
続柄	勤務先				
電話番号	☎ ( )	☎ ( )			
補足					

## 【ご家族等】 連絡先 第3優先

ふりがな 氏名	続柄				
続柄	勤務先				
電話番号	☎ ( )	☎ ( )			

氏名（ ）

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
------------------------	----	---	-----

◇今回受診した症状についてお尋ねします

いつからですか			
どのような症状ですか			
現在、他の病院に通院していますか	はい	・	いいえ
医療機関名			
直近受診日			
治療内容			

◇お薬について

処方されているお薬	
-----------	--

◇病歴について

これまでに入院や手術を要する病気にかかったことがありますか	はい	・	いいえ
病名			
時期			
かかった医療機関名			
治療内容			

◇特定健診等について ※マイナ保険証による診療情報取得に同意した方は不要です

この1年間、特定健診または高齢者検診を受診しましたか	はい	・	いいえ
受診時期			
指摘事項			

◇アレルギーについて

これまでに、薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか	はい	・	いいえ
原因となったもの			
症状			

現在、妊娠中または授乳中ですか	はい	・	いいえ
-----------------	----	---	-----

※当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。

※マイナ保険証により正確な情報を取得・利用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的な利用をお願いいたします。