問診票

記入日　令和　　年　　月　　日
体温　（　　℃）

ふりがな				住所	〒
氏名	男・女 (T.S.H　　年　　月　　日生)				
身長	cm	体重	kg	電話番号	（　　）

1. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？
   □同意した　　□同意していない　　□マイナ保険証を利用していない
2. 紹介状はありますか？
   □はい　　□いいえ
3. この１年で特定健診、又は高齢者健診をうけましたか？
   □はい　　□いいえ
4. 本日はいかがされましたか？
   □発熱　□悪寒　□頭痛　□咳・たん　□のどの痛み　□鼻水　□鼻づまり　□くしゃみ　□腹痛
   □下痢　□便秘　□吐き気　□胃痛　□胸やけ　□血圧　□動悸　□息切れ　□胸の痛み
   □めまい・ふらつき　□不眠　□尿が近い　□排尿時の痛み　□湿疹
   □その他（　　）
5. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？
   □はい
   　□薬物アレルギー（　　症状は　　）
   　□食物アレルギー（　　症状は　　）
   □いいえ
6. 過去に入院や手術を要する大きな病気にかかったことはありますか？
   □はい　病名（　　）
   □いいえ
7. 現在、他の医療機関に通院していますか？
   □はい　医療機関名（　　）
   □いいえ
8. 女性の方のみ
   現在、妊娠中または授乳中ですか？
   　□妊娠中（妊娠　　週）　□授乳中　□いいえ

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。

よつば内科クリニック