

問 診 票

年 月 日

フリガナ _____ 男・女 _____ 生年月日 大・昭 _____ 年 月 日 歳
 お名前 _____ 平・令 _____

ご住所(〒 _____) _____

電話 _____ 携帯 TEL _____

※18歳未満の方

保護者氏名 _____ 保護者 TEL _____

※小学生以下
kg

症状	▶どんな症状でご来院されましたか？ 症状はいつからですか？(日頃) 本日の体温 _____ °C
病歴・通院歴	▶今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [病名： _____ 医療機関： _____] [いつ頃： _____ 治療内容： _____] ▶現在、ほかの医療機関に通院中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [医療機関名： _____ 治療の内容： _____] ▶現在、服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [お薬の名前： _____]
体質	▶今までお薬や食べ物等でアレルギーが出たり、アレルギー体質と診断されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [お薬や食べ物： _____ その時の症状： _____]
飲酒喫煙歴	▶おタバコは吸われますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [本/日 _____ 年 _____] <input type="checkbox"/> 禁煙済 [※以前の本数 _____ 本/日 _____ 年 _____] ▶お酒は飲まれますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [1日飲む量 _____]
妊娠	▶現在妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [_____ 週目 _____] <input type="checkbox"/> 授乳中

- ◆ほかの医療機関の紹介状はお持ちですか？ いいえ はい
- ◆本日は次のどちらをご持参されましたか？ 健康保険証 マイナンバー保険証
- ◆あなたの診療情報(服薬歴、健診歴等)を
 当院が取得することに同意されましたか？ 同意していない 同意した
- ◆直近1年間で健診を受けられましたか？ 受けていない 受けた (年 月頃)

当院は診察情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

★当クリニックを何でお知りになりましたか？ (☑をお願いします)

近くに住んでいる

通勤・通学路にある

たまたま通りかかった

HP（ホームページ）を見た

クチコミを見た/聞いた

書籍を見て/読んで知った

インターネットで検索した
⇒その時の検索ワードを覚えておりましたらご記入ください (例) Instagram など

他院から紹介を受けた
⇒紹介元病院名をご記入ください

ご家族が元々当院に通院されている

その他

ご協力ありがとうございました。問診票を受付までご提出ください。

事務記入欄

担当医：.....

初診日：.....年 月 日

I D :

玉谷クリニック天六