

内科 問診票

ID:

令和 年 月 日

フリガナ	男 女	生年月日
氏名		大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所 〒		
携帯番号	電話番号	

(現在の熱 °C)

◎どのような症状がありますか。

◎症状はいつからですか。

◎現在治療中または過去に指摘された病気はありますか。

・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・脳卒中 ・心臓病 ・喘息 ・結核 ・肝臓病 ・腎臓病
・がん ・その他 ()

◎現在、通っている病院は、ありますか。

・なし ・あり ()

◎現在、飲んでいる薬はありますか。

・なし ・あり ()

◎過去に手術をしたことはありますか。

・なし ・あり ()

◎アレルギーはありますか。

・なし ・あり (薬: 食べ物:)

◎飲酒、喫煙 (1日)

・飲まない ・飲む (合) ・吸わない ・吸う (本 年間)

◎ (女性の方) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。

・はい ・いいえ ・わからない

○当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関 (医療情報・システム基礎整備体制充実加算の算定医療機関) です。

○マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、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にご利用頂きますようお願い申し上げます。

マイナ保険証による診療情報取得に 同意する 同意しない



かるがも上尾クリニック