

日付：

問診票

☐ スキャン済み

※過去に当院を受診したことがある方は●部分と変更がある部分の記入をお願いします。

【ID： 】

なまえ ● 名前					(男 ・ 女)	
● 生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	() 歳	
住所	〒					
電話番号	自宅☎：			携帯☎：		
職業						

※マイナ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

●本日はどうされましたか

※該当する場合は○で囲んでください

交通事故（自賠責） 業務中・通勤中のケガ（労災） 学校等でのケガ（スポーツ保険）

具体的な症状を書いて、症状のある部分を○で囲んでください

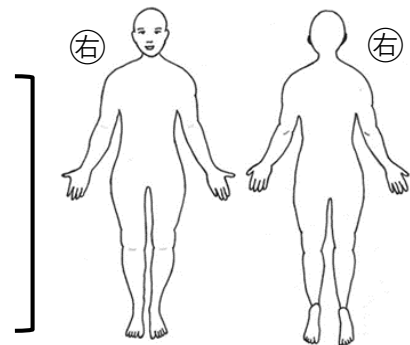
症状について

いつから：

何をして：

どこが：

どのような症状：



○今まで病気やケガで入院や手術、治療をしたことがありますか

ない

ある ⇒ 病名：

(歳ごろ)

○現在、他の医療機関の診察を受けていますか

ない

ある ⇒ 医療機関名：

病名：

○この1年で健康診断を受けましたか

ない

ある ⇒ 受診時期：

年

月頃

指摘事項：

○お薬のアレルギーはありますか

ない

ある ⇒

○喫煙の習慣はありますか

ない

やめた ⇒

本/日

歳ごろまで

ある ⇒

本/日

歳から

○お酒をのむ習慣はありますか

ない

ある ⇒ 頻度： 毎日 ・ 週に数回 ・ 滅多に飲まない

量：

○運動の習慣はありますか

： ない

ある ⇒ 何を：

頻度：

○女性へ質問です 現在、妊娠の可能性はありますか

ない

ある

●紹介状・お薬手帳・各種福祉手帳・介護保険証をお持ちの方は、

ご記入の済みました問診票と一緒に受付に提出をお願いします

当院は診療情報を取得・活用することで、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・活用できるよう、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。