

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: 】

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

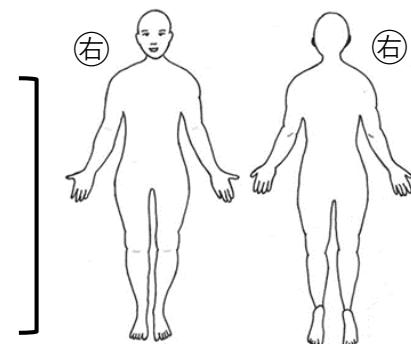
症状について

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うけていますか

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 · 減多に飲まない 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。