

問診票

【内科初診用】

令和 年 月 日



医療法人 社団 慈仁会
修善寺クリニック

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

ふりがな お名前		男	生年月日	昭・平・令	年	月	日生	
		女	年齢	歳	職業			
ご住所	〒				電話番号	()		
					携帯電話	()		
					緊急連絡先	()		
本日の体温	度	分	本問診票は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。 ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。					

- 1) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ
- 2) 本日受診した症状についてお尋ねします。
(症状の内容 :)
(発症時期 : _____日から / _____日前頃から / _____ヶ月前頃から)
(経過 :)
- 3) 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ
(医療機関名 :)
(受診日 : _____月 _____日)
(治療内容 :)
- 4) 現在、処方されているお薬がありますか？
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き記載を省略可能)
はい いいえ
(薬剤名 :)
(容量 :)
(投薬期間 : _____日から / _____日前頃から / _____ヶ月前頃から)
- 5) これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ (入院や手術を要する病気等)
はい いいえ
(病名 :)
(時期 : _____年 _____月頃)
(医療機関名 :)
(治療内容 :)
- 6) この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については記載を省略可能)
(受診時期 : _____月 _____日)
(指摘事項 :)
- 7) これまでにお薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？
はい いいえ
(原因 :)
(症状 :)
- 8) 女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？ いいえ / はい (妊娠_____ヶ月・授乳中)

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する

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。