

診療申込・問診票

ID No.

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生(才)
氏 名				
住 所	〒	電 話		

マイナンバーカード保険証による診療情報取得に ☐同意する ☐同意しない ☐持っていない

※下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますのでご記入下さい。

本日受診することになった主な症状は？
いつ頃から？ どのような症状が？

今までにかかった主な病気・けが・手術は？

今までに薬や食べ物に対するアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと)がありましたか？
・あり→薬や食べ物の種類（ ）
・なし

現在妊娠は？（女性の方）
・している→（ ヶ月）
・していない

お酒やタバコは1日どれくらい飲みますか？
・お酒（ 合） ・タバコ（ 本）
・ビール（ 本）

現在飲まれているお薬はありますか？
・はい→ いつ頃から？（ ） お薬の名前（ ）
・いいえ

ご家族の病歴について、ご存知のことがあればご記入下さい。
・心臓病 続柄（ ） ・高血圧 続柄（ ） ・脳卒中 続柄（ ）
・糖尿病 続柄（ ） ・肝臓病 続柄（ ） ・結核 続柄（ ）
・がん 続柄（ ） ・血液の病気 続柄（ ）

当院をどのようにして知りましたか？
・家族 友人から（お名前： ）
・看板
・通りがかり

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・活用する為、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。