

内科問診票

年 月 日

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
住所	〒
電話番号	

下記の項目について、今後の重要な診察の参考となりますのでご記入ください

- * マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 はい いいえ
- * 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。 はい いいえ
- * 本日受診した主な症状は何ですか。
 症状の内容
 発症時期
 経過
- * 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
 治療内容
- * 現在、処方されているお薬はありますか。 はい いいえ
 (マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は直近1か月以内の処方薬を除き、記載は省略できます。)
 薬剤名
 用量
 投薬期間
- * これまでに大きな病気にかかったことがありますか。 はい いいえ
 病名
 時期
 医療機関名
 治療内容
- * この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか。 はい いいえ
- * これまでに薬や食べ物、注射等でアレルギー（じんましんが出たり、熱が出たり、気分が悪くなったりしたこと）を起こしたことがありましたか。 はい いいえ
 原因となったもの
 症状
- * 現在、妊娠中または授乳中ですか（女性のみ） はい いいえ
- * たばことお酒は1日どれくらいですか。 たばこ 本/日、 お酒 /日
- * 以前、当院にかかれたことはありましたか？ はい いいえ

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。