

# 問診票

ふりがな		性別	男・女	年齢	才
氏名		生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日		
住所	〒 -		電話		
身長	cm	体重	kg	体温	℃

● 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい・いいえ

● マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

はい・いいえ



診療情報の取得に同意されますか？ はい・いいえ

● 具合の悪いのはどこですか？現在の症状はどのようなですか？

いつ頃からですか？（ 頃から）

症状を具体的に書いてください（○で囲んでもよいです）

[	かぜ、発熱、頭痛、のど痛い、せき、たん、 息苦しい、胸痛、腹痛、吐き気、下痢、便秘 腰痛、 排尿痛、肩こり、 検診で異常を指摘された
---	--

● 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）

ある [ 具体的に： ]

ない

●他の病院の診察を受けていますか？ いる・いない

受けている場合はどんな病気ですか？

喘息・肺気腫・糖尿病・高血圧・心臓病・じんま疹・その他（ ）

●現在、服用されている薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください）

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近 1 か月以内の処方薬以外は省略可  
（ ）

裏面に続く

- これまでに薬や注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？ある  
(原因となったもの： )

症状： 眠くなった・気分が悪くなった・体がかゆくなった・ブツブツができた

その他 ( ) ・ ない

- タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う ( 才から、現在1日 本ぐらい)  
以前に吸っていた ( 才から 才まで、1日 本ぐらい)

- お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 飲む

- (女性の方に) 現在妊娠中ですか？ わからない ・ はい ( ヶ月) ・ いいえ  
現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

- この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、記載を省略可能

はい ( 受診時期： )

( 指摘されたこと： )

いいえ

- 当院を何でお知りになりましたか？

知人、家族の紹介 広告・看板 インターネット (E-PARK・その他) 医師会 HP

他院からの紹介 その他 ( )

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、マイナ保険証ご利用にご協力をお願いいたします。