

問 診 票

(受診日) 令和 年 月 日

ふりがな _____ 男 生年 大・昭
お名前： _____ 女 月日 平・令 年 月 日(歳)

ご住所： _____

電話番号： _____

① 今日はどうされましたか？ その症状はいつ頃からですか？

② 現在、治療中の病気はありますか？ なし

高血圧・高脂血症・喘息・糖尿病・膠原病・前立腺肥大
脳疾患・心疾患・肝疾患・腎疾患・緑内障
その他 ()

③ 今、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり ()

④ お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり ()

⑤ 女性の方のみ

妊娠中ですか？ なし あり (週)
授乳中ですか？ なし あり (ヶ月)

⑥ ほかにご希望などありましたらお書きください

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。

