

問診票

フリガナ			
お名前			
性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
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	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 持っていない		

1. どうなさいましたか？

- おなか 胃痛・腹痛・お腹が張る・下痢・吐き気・便秘・血便・食欲不振
- かぜ症状 熱がある・のどが痛い・鼻水/鼻づまり・咳/痰・頭痛・関節痛
- 胸やからだ 胸痛・動悸・息切れ・圧迫感・顔や足のむくみ・頭痛・めまい
- 慢性的な病気 高血圧・高脂血症・糖尿病
- 健康診断 健診で異常を指摘された・健康診断を受けたい
- その他 ()

2. いつからですか？

- 本日から 昨日から 2～3日前から それより前 (頃から)

3. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

- ない ある ()

4. 現在、飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

- ない ある ()

5. お薬や食物などで、アレルギーが出たことありますか？

- ない ある ()

6. お酒を飲む頻度は？

- 飲まない 飲む($\text{ml}/\text{日}$ 、 $\text{回}/\text{週}$)

7. タバコを吸う頻度は？

- 吸わない 吸う($\text{本}/\text{日} \times \text{年}$)

8. 【女性の方のみ】現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

- いいえ はい

必要な情報を取得・活用し、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します。