

問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別/年齢	男・女	歳
氏名		血液型		
生年月日	年 月 日	体重	kg (小学生以下の方)	
住所	〒			
電話番号		携帯電話		

◆ 当院（あさみ医院）は初めてですか？ 初めて 2回目以降

◆ どんな症状ですか？いつから、どのような症状か詳しくご記入ください。

◆ 他院からの紹介状はありますか 持っている 持っていない

◆ 現在治療中の病気やケガがありましたらご記入ください。

- ・病名：_____ いつから：_____ 病院名：_____
- ・病名：_____ いつから：_____ 病院名：_____
- ・病名：_____ いつから：_____ 病院名：_____

◆ 現在服用中のお薬はありますか。 ない

ある ◆ お薬の名前をお書きください。お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

◆ 薬を飲んで気分が悪くなったりショックを起こしたことはありますか？ ない

ある お薬名：_____

◆ これまでにかかったことのある大きな病気（感染症含む）ケガを教えてください。

- ・病名：_____ いつ頃：_____ 入院： あり なし
- ・病名：_____ いつ頃：_____ 入院： あり なし

◆ アレルギー（食べ物・花粉等）はありますか？ ない

ある それは何ですか：_____

◆ マイナ保険証による診療情報取得に 同意する 同意しない

◆ 1年以内に健康診断等等を受けましたか 受けた 受けていない

指摘項目：_____

◆ 現在、妊娠または授乳中ですか 妊娠中（ 週目） 授乳中

◆ その他、気になること・ご要望がありましたらご記入ください。

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※他院から処方されているお薬の種類・量・飲み方や特定健診・高齢者健診の結果を取得します。