

# 問 診 表

|  |                  |
|--|------------------|
| フリガナ   | 生年月日 明治・大正・昭和・平成 |
| 氏名   | 年 月 日 歳 男・女      |
| 〒  | 電話番号 ( ) -       |
| 住所   | 携帯電話 ( ) -       |
| 今日はどうなさいましたか？(症状など) <span style="float: right;">体温</span>                                    |                  |
| 現在何かの病気で、他の病院・診療所等に通院していますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>病名( )              |                  |
| 現在服用している薬がありますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>薬品名( )                         |                  |
| 今までに、大きな病気や怪我をしたことがありますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>病名( )                 |                  |
| 入院したことはありますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>病名( ) 施設名( )                      |                  |
| 手術したことはありますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>病名( ) 施設名( )                      |                  |
| 薬の副作用が出たことはありますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>薬品名( )                        |                  |
| 飲めない薬の形状はありますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>粉 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ シロップ            |                  |
| 当院はどのようにお知りになりましたか？<br>家族に聞いた・知人に聞いた・看板を見た・インターネット・その他( )                                    |                  |
| 領収書とは別に明細書の発行を希望しますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span><br>(明細書は医療費控除等の手続きには必要ありません) |                  |
| マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <span style="float: right;">はい・いいえ</span>                            |                  |
| <b>女性の方のみ記入してください</b>  |                  |
| 現在妊娠していますか？ はい( 月)・いいえ・わからない   |                  |
| 現在授乳していますか？ はい・いいえ   |                  |