

体温 _____ °C

ID: _____

問 診 票

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____

氏名 _____ 男 女 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

TEL _____ 携帯 _____

(お子様のみ)身長 _____ cm 体重 _____ kg

※ 今日はどうなさいましたか、症状をお書きください。

[_____]

該当する欄に○をつけてください

■ 今までにかかった、又は現在治療中の病気はありますか。

なし ・ ある(_____)

■ 現在、服用中のお薬があればお書きください。

なし ・ ある(_____)

■ 薬や食べ物などでアレルギーがありますか。

ない ・ ある(_____)

■ マイナンバーカードによる診療情報の取得に同意しましたか(保険証を利用した方は省略可能)。

同意していない ・ 同意した

女性の方は下記項目についてもおこたえ下さい。

■ 妊娠していますか、又は授乳中ですか。

いいえ ・ はい(妊娠中 ・ 授乳中)

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お願いいたします。