【 問診票 】

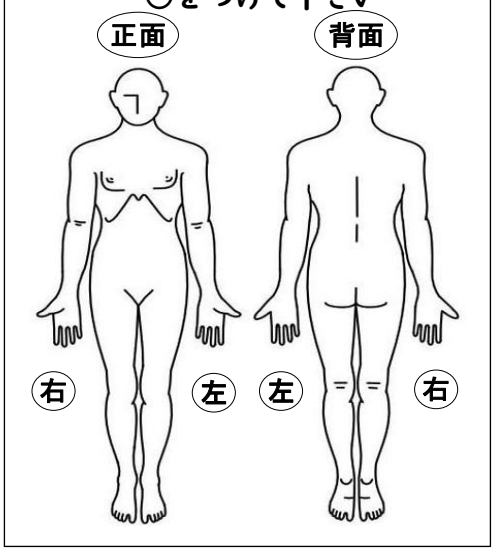
受付NO.

ID　　記入日　　年　　月　　日

★カルテの作成に必要ですので、生年月日・住所・電話番号は必ずご記入下さい

フリガナ	□ 男	生年月日	年齢
名前	□ 女	大・昭・平・令　年　月　日	歳
〒　－		ご職業	
住所		身長　cm	体重　kg
電話番号 (自宅)　－　－		携帯 (本人・家族)　－　－	

症状のあるところに
○をつけて下さい



1 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？
□持っている　□持っていない

2 症状は？
□痛みがある　□しびれる　□動きが悪い
□しこりがある　□その他(　　)

3 症状は、いつから出ましたか？
□(　)日から □(　)日前から □(　)週間前から □(　)ヵ月前から

4 思い当たる原因はありますか？
□交通事故　□仕事　□特に原因なし
□スポーツ(　　)　□その他

5 骨粗鬆症の検査希望　□はい　□いいえ
他院で検査している　□はい　□いいえ
→「はい」の方…前回検査日　　年　　月

5 女性の方への質問です。
□妊娠している　□妊娠していない　□わからない

6 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか？　**□特にない**　**□わからない**
□薬のアレルギーがある(くすりの名前　　)□麻酔のアレルギーがある

7 現在、何か薬を飲んでいますか？　**□特にない**　**□お薬手帳・薬剤情報持参**
□ある(くすりの名前　　)
※お薬手帳・薬剤情報を提示された方は、ご記入の必要はございません

8 現在、治療中の病気はありますか？　**□特にない**
□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□ペースメーカー使用中
□肝臓病　□腎臓病　□高脂血症　□その他

9 いままでに大きな病気、手術、ケガをしたことがありますか？
□特にない
□ある　いつ頃:　　病名:　　手術名:

10 現在、他の医療機関に通院していますか？
□通院していない
□通院している　医療機関名:　　受診日:　　治療内容:

裏面へ➔

11　ご来院のきっかけは？

☐看板　☐情報誌　☐タウンページ　☐医療機関からの紹介（　　）
☐知人・ご家族の紹介（　　）☐家が近い　☐職場・学校が近い　☐ホームページ
☐その他（　　）☐交通の便がよい　☐休日当番医

12　マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意しますか？

☐同意する　☐同意しない　☐持参なし　☐保険証利用登録をしていない

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。

ご記入いただきましたこの問診票の個人情報は、診療録（カルテ）と同様に厳正に処理されます　R8.6 改訂