

令和 年 月 日

外来問診票

フリガナ
お名前

(男・女)

生年月日 年 月 日 年齢 歳 住所

電話 携帯電話

*現在の症状についておたずねいたします。

いつから

どこが

どうなさいましたか?

*診療・治療をする上で特に希望することがある方は、ご記入ください。

*以前当院にかかれたことはありますか?

1. ある 約 年前
その時の病名などがわかればご記入ください ()
2. ない

*現在、処方されている薬はありますか? 1. ある 2. ない

*今までかかったことがある病気を○で囲んでください。

高血圧 高脂血症 胃腸疾患 糖尿病 ぜんそく 心臓病 肝臓病 腎臓病 肺疾患
脳血管疾患(脳梗塞・脳出血など) 前立腺肥大 緑内障 その他()
特に病気はない

*アレルギーはありますか?

1. ある () に対して) 薬品名などをご記入ください。
2. ない

*一か月以内に海外渡航歴はありますか? 1. ない 2. ある ()

*今までに手術を受けたことはありますか?

1. ある 何の手術でしたか? ()
2. ない

*当院を受診された動機を教えてください。

1. 当院へ紹介された () 病院・医院 () 先生)
2. 電話帳 3. 雑誌・広告等 4. 知人の紹介 5. 看板 6. インターネット 7. その他

*女性の方におたずねいたします。現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか?

1. 現在妊娠() 週) 2. 妊娠の可能性はある 3. 妊娠の可能性はない

*この1年間で健診を受診しましたか? (特定健診・高齢者健診)

1. はい 2. いいえ

*マイナンバーカードにて受付された方

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか?

1. はい 2. いいえ

※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。