問　　診　　票 ＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		性　別	生年月日	大・昭・平・令
氏　　名		男・女		年　　月　　日
住　　所	〒　　ー			
電話番号	自宅	携帯		

① 現在、気になる症状、苦痛を記入してください。いつごろからどのような症状ですか？

体温　（　　℃）

---

② 現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？　　□いいえ

□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□脳卒中　□胃腸の病気

□喘息　□肺や気管支の病気　□緑内障　□前立腺肥大症　□足腰の病気

□がん（　　）□手術（　　いつごろ：　　）

□その他（　　）

③ 通院治療はされていますか？　　□いいえ　□はい（　　病院　　科）

④ 現在服用している薬はありますか？□いいえ　□はい（　　）

＊お薬手帳・またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いいたします。

⑤ これまでに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？　　□いいえ

□はい　（薬品名：　　食品：　　症状：　　）

⑥ 女性の方にお伺いします。

□妊娠の可能性なし　　□現在妊娠中　　□妊娠の可能性がある　　□授乳中

⑦ 治らない病気や悪性疾患（がん）の場合、本当のことを説明することを希望されますか？

□希望する　　□希望しない

⑧ 睡眠：　□眠れる　□眠れない　　睡眠薬の服用 ：□ない　□ある（薬剤名　　）

⑨ 排便：　回数　（　　回／　　日）　　下剤の服用 ：□ない　□ある（薬剤名　　）

⑩ タバコは吸いますか？　　□吸はない

□吸う（　　本／日）　（　　歳～現在まで）

□過去に吸っていた（　　本／日）（　　歳～　　歳まで）

⑪ アルコールは飲みますか？　　□飲まない　　□飲む（　　日/週）程度

⑫ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　　□はい　　・　　□いいえ

◆患者様へのお願い◆

◇当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算が加算となります。

◇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。

※ご記入いただいた項目の個人に関する情報は、当院の個人情報利用目的以外には使用いたしません。

岸田メディカルクリニック