

# 問 診 票

ふりがな

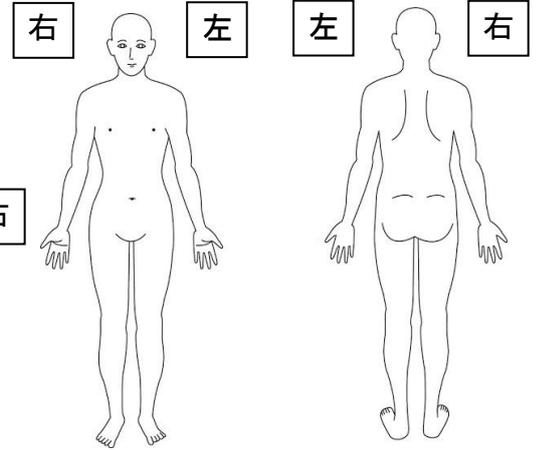
記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

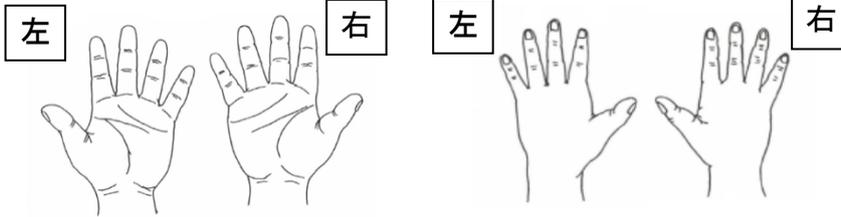
電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_



## 1. 本日の症状についてお聞きします。

### ① 部位はどこですか？



### ② どのような症状ですか？

- ・痛い
- ・しびれる
- ・はれている
- ・変形している
- ・その他 ( )

### ③ いつ頃からですか？

- ( ) ・ 不明

### ④ 原因はありますか？

- ・はい ( )
- ・不明

## 2. 下記の病気などをされたことがありますか？

- ・ 高血圧
- ・ 糖尿病
- ・ 喘息
- ・ リウマチ
- ・ 心臓病
- ・ 胃潰瘍
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 脳梗塞、脳出血
- ・ ペースメーカー

## 3. 女性の方へ、以下にあてはまるものがありますか？ (はい ・ いいえ)

- ・ 妊娠中
- ・ 妊娠の可能性
- ・ 授乳中

## 4. 今までにお薬によるアレルギーが出たことがありますか？

- ・ はい ( )
- ・ いいえ

## 5. お仕事をされていますか？

- ・ はい ( )
- ・ いいえ

## 6. 行っているスポーツや趣味はありますか？

- ・ はい ( )
- ・ いいえ

## 7. マイナ保険証に関して

### ① 本日はマイナ保険証を利用されますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は②をお答えください。「いいえ」の方は以上になります。

### ② マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？ (はい ・ いいえ)

\* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の情報提供に努めております。

\* 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よろしくお願ひします。