年　月　日

問診票

★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★
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おります。
正確な情報を取得・活用する為、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願い致します。

マイナンバーカード　有 ・ 無　□マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意する

フリガナ		男・女		大・昭・平・令　年　月　日
お名前			年齢	歳
住所	〒			
電話番号	(自宅)		(携帯)	
受診したい科	内科　外科　肛門外科			予防接種　健康診断

今日はどうなさいましたか？

いつから症状はありますか？

現在、治療中または過去にかかったことのある病気はありますか？

□なし　□あり(　　)

現在服用中のお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい)

□なし　□あり(　　)

お薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？

□なし　□あり(　　)

今まで大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

□なし　□あり(　病気　　手術　　)

【　歳又は　年前】　【　歳又は　年前】

お酒は飲みますか？

□飲まない　□飲む　週(　　)回　種類・量(　　)

煙草は吸いますか？

□吸わない　□吸う　一日(　　)本

妊娠中、授乳中の方はお知らせ下さい　□授乳中　□妊娠中