

# 《 問 診 票 》

年 月 日

氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳 性別 ( 男 ・ 女 )

1. 何科を受診したいですか？

内科・外科・整形外科・外科（乳腺）※別紙問診票あり

2. 症状について簡単にご記入ください。

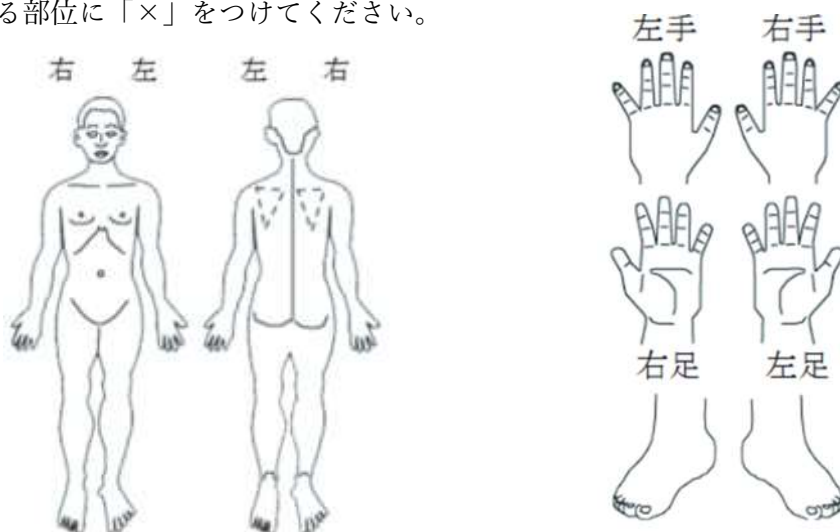
・いつからですか？ ( )

・どのような症状ですか？ ( )

痛み・傷・はれ・しびれ・かゆみ・しっしん・しこり

吐き気・嘔吐・下痢・熱・息苦しさ・かぜ症状（せき・鼻水・たん・のどの痛み）

・症状のある部位に「×」をつけてください。



・症状について考えられる原因はありますか？（ある ・ ない）

( )

3. 現在、当院以外の医療機関（医院・診療所・病院等）にかかっている病気はありますか？

（ある ・ ない）

※高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・高脂血症

その他 ( )

4. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（ある・ない）（入院や手術を要する病気等）

病名 ( ) 時期 ( 頃 )

医療機関名 ( ) 治療内容 ( )

5. 今、続けて飲んでいる薬はありますか？（ある・ない） ※詳細は裏面に記載してください。

6. 今までに薬や食べ物でじんましんなどの症状が出たことはありますか？（ある・ない）

→ある方へ 薬・食品名 ( )

7. 妊娠の可能性はありますか？（ある ・ ない） 最終月経： 月 日

8. COVID-19（コロナ）に罹ったことはありますか？（ある・ない） いつ（ 年 月頃 ）

（裏面もご記入ください）

8. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )

9. 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 )

10. 現在、処方されているお薬はありますか？

( はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します )



薬剤名	用量	投薬期間
・ _____	・ _____	・ _____
・ _____	・ _____	・ _____

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1か月以内のお薬のみお書きください。

11. この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

受診時期：( 年 月頃 ) 指摘事項：( )

※マイナ保険証での情報取得に同意された方は省略可能です。

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。