

【 問 診 票 】

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日 生 満 () 才	性別 男 女
氏 名					
ふりがな		自宅電話			
住 所	〒	携帯電話			
ふりがな		会社電話			
会社名					

来院目的	☐ 内科受診 ☐ 健診センターからの呼び出し ☐ 当院の健診結果の相談 ☐ その他 ()				
何を見て来院されましたか	☐ ホームページ ☐ 看板 ☐ 紹介() ☐ その他()				

※以下の質問は診療の参考となりますのでご記入ください

1	本日はどのような症状で来院されましたか ① どのような症状	感冒症状等のある方のみ 体温 °C (来院時)
	② いつ頃から	
	③ 今回の症状に対して内服されたお薬や他院受診はありますか	
2	今までに大きな病気にかかったことや、入院・手術を受けられたことはありますか ☐ はい（病名・いつ頃・病院名） ☐ いいえ	
3	治療中（お薬や注射など）や経過観察中の病気はありますか ☐ はい（薬品名） ☐ いいえ	
4	今までにお薬や注射（ワクチン含む）食べ物などで体調不良や発疹（アレルギー）が出たことがありますか ☐ はい（食品名・薬品名） ☐ いいえ ※採血時などのアルコールの消毒でかぶれますか ☐ はい ☐ いいえ	
5	健康診断を受けたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ はいの方へ ⇒ ☐ 大織診療所 or ☐ 他施設 最終健診日（ 年 月頃）	
6	(女性の方) 妊娠されていますか ☐ はい () か月 ☐ いいえ 授乳中ですか ☐ はい ☐ いいえ	
7	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 ☐ 同意しない ☐ 持っていない	

『正確な情報を取得・活用するためにマイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します』

大織診療所