問診票（表）　　　　　　　　　令和　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　才 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 1.
 | 受付　　時間 | 午前/午後時　　　分 |

**体温をご記入ください（　　　　　　℃　）**

●本日はどのような症状でお困りですか？

●その症状はいつからですか？

**●お薬や食べ物にアレルギーはありますか？**

□ない

□ある　　　　　→（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●女性の方にお聞きします。**

□妊娠中ですか　　　□いいえ　　□はい→　　　　　　　　　　　　　　　　週目

□授乳中ですか　　　□いいえ　　□はい

**●現在治療中の病気、または過去に入院や手術するような病気はありますか？**

□ない

□ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●現在、他の医療機関に通院されていますか？**

□ はい （医療機関名： ） （受 診 日： 年 月 ごろ）

 （治療内容 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

□ いいえ

**●現在他の医療機関から処方された薬など、飲んでいるお薬はありますか？**

□ない

□ある　→　□お薬手帳をお持ちですか？

　　　　　　お持ちでない場合は、飲んでいるお薬をご記入ください

　　　　　（お薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**裏面に続きます。お手数ですが引き続きご記入お願いします。**

問診票（裏）

**●1ヶ月以内に海外から帰国された方は渡航先をご記入ください**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●アルコールについてお伺いします。**

□飲まない　　□付き合い程度に飲む　　□よく飲む（　　回/月）　　（　　　回/週）

**●喫煙についてお伺いします。**

□もともと吸わない　□禁煙した　□喫煙中　　（　　才）　（　　才　　本/日）

**●睡眠についてお伺いします。**

□いびきをかく　　□いびきをかかない　　□いびきをかくか不明

**●直近 1 年間で健診を受けられましたか？**

□ 受けた （いつ頃： 　　年 　 月 ごろ）　　□ 受けていない

**●以前当院に受診したことがありますか？　□はい　□いいえ**

**●以前受診した際は、どのような理由で受診されましたか？**

□健康診断　□予防接種　□その他（ ）

**●本日当院にいらしたきっかけを教えてください**

□家族からの紹介　□友人、知人の紹介　□職場の同僚の紹介

□他医療機関からの紹介　□近所、通りがかりに　□健康屋台/サクラノキテラスに

　　　　　　　　　　　　　当院を見つけた　　　　参加して知った

□インターネット検索

　検索ワード　　　　　　　閲覧内容：□当院ホームページ　□当院以外のホームページ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（サイト名　　　　　　　）

□Zoom講演会に参加して知った　　　　　　　　□新聞・チラシ

□郵便封筒広告　　　　　　　　　　　　　　　　□電話帳

□以前受診したことがある　　　　　　　　　　　□その他

**●マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証）による情報取得に同意しますか？**

□はい　　　　□いいえ

ご記入ありがとうございました。個人情報の取り扱いは厳正に対応いたします。

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。