

## 問 診 票

ふりがな		男	生年月日	M・T・S・H	年 月 日
氏 名		・ 女	職 業		
現住所	〒 ー				
	自宅 (       )       ー				
	携帯 (       )       ー				

いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

過去に経験したアレルギーがありましたら、該当の項目にチェック☑を入れてください。

- 抗生物質   解熱鎮痛薬   局所麻酔薬   抗けいれん薬   ワクチン   造影剤   その他の薬剤  
食事   金属   アレルギーは無い   不明・よくわからない   その他 \_\_\_\_\_

介護保険の有無

- 無        有 ( 要介護 \_\_\_\_\_ 要支援 \_\_\_\_\_ )

現在治療中の病気はありますか？

無

- 有    病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

大きな病気、手術をしたことがありますか？

お酒は飲みますか？

- 飲まない    飲む (種類、量、頻度： \_\_\_\_\_ )

タバコは吸いますか？

- 吸わない    以前吸っていた (       歳から禁煙 )    吸う (1日       本)

当院受診のきっかけ

- 病院の紹介 (病院名： \_\_\_\_\_ )    知人紹介 (紹介者： \_\_\_\_\_ )  
インターネット        その他 ( \_\_\_\_\_ )

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

- 同意する    同意しない