

日付 \_\_\_\_\_

問診票 Ver.12

No. \_\_\_\_\_

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 大昭平令 年 月 日生 歳：男女

ご自宅住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

日中連絡先の名称など： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

診療のための大切な資料になります。お答えになれる範囲でご記入をお願いいたします。

① 現在 なにか内服薬や外用薬を常用していますか？（市販薬やサプリメントなどを含む）

（いいえ：はい \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_）

② 緑内障または前立腺肥大をお持ちですか？排尿がうまくいかないことはありませんか？

（いいえ：はい \_\_\_\_\_）

③ 現在 妊娠していますか？ いない いる（ \_\_\_\_\_ カ月）

④ ぜんそく、アトピー性皮膚炎、花粉症、じんましん などのアレルギー性の病気をおもちですか

（いいえ：はい \_\_\_\_\_）

⑤ これまでに大きな病気にかかったり、入院したり、手術したことはありますか

何歳頃 \_\_\_\_\_ どんな病気で \_\_\_\_\_

何病院で \_\_\_\_\_ どんな治療を \_\_\_\_\_

何歳頃 \_\_\_\_\_ どんな病気で \_\_\_\_\_

何病院で \_\_\_\_\_ どんな治療を \_\_\_\_\_

何歳頃 \_\_\_\_\_ どんな病気で \_\_\_\_\_

何病院で \_\_\_\_\_ どんな治療を \_\_\_\_\_

⑥ 健康診断や人間ドックで異常を指摘されたことがありますか

（いいえ：はい \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_）

⑦ 血縁の方の中に以下の病気をお持ちの方がいらっしゃいますか

高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、高脂血症、がん、喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎  
リウマチや膠原病、甲状腺の病気、肝臓病、胃腸病、結核

（ \_\_\_\_\_ が病名 \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ が病名 \_\_\_\_\_ ）

（ \_\_\_\_\_ が病名 \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ が病名 \_\_\_\_\_ ）

（ \_\_\_\_\_ が病名 \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ が病名 \_\_\_\_\_ ）

⑧ タバコは \_\_\_\_\_ 歳から吸いはじめ、1日平均 \_\_\_\_\_ 本吸っている。または、 \_\_\_\_\_ 歳ごろやめた。

⑨ アルコールは （飲まない または おつきあいで少々）、

（飲む：何を \_\_\_\_\_ 1日平均 \_\_\_\_\_ くらい）

⑩ お薬や食べ物で じんましんやアレルギーが出たことがありますか

（いいえ：はい なにでどうなりましたか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_）

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

⑫ 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）です。マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的にご利用ください。