

問診票

お名前	ふりがな	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
				年 月 日 () 歳
ご住所	〒		お電話 ☐ 自宅 ☐ 携帯	

①マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

☐ いいえ ☐ はい

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致します。

②他の医療機関からの紹介状はありますか？

☐ いいえ ☐ はい

③どのような症状で来院されましたか？

- ☐胸痛 ☐動悸 ☐息切れ ☐胸の圧迫感 ☐手足のむくみ
☐頭痛 ☐咳・痰 ☐鼻水 ☐体がだるい ☐筋肉痛・関節痛
☐食欲がない ☐その他 ()
☐熱がある (最高 _____℃)
☐慢性疾患の通院希望

④現在治療中、または今までかかった病気はありますか？

- ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳梗塞 ☐腎臓病
☐肝臓病 ☐高脂血症 ☐喘息 ☐その他 ()
☐手術 (年 月 の手術： 病院)

⑤現在服用している薬はありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい (薬剤名：)
(かかりつけ医：)

⑥薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐いいえ ☐はい 薬（)

食べ物（)

⑦この１年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？

☐いいえ ☐はい 時期（ ）
指摘事項（ ）

⑧祖父母・両親・兄弟で次の病気の方、又は次の病気で亡くなった方が
ありますか？

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ がん ☐ 脳卒中
☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ ぜんそく ☐ リウマチ

⑨飲酒・喫煙についてお尋ねします。

●アルコールは？
☐毎日飲む ☐時々飲む ☐飲まない
 [お酒の種類： 量：1日に 合・杯・本]

●たばこは？ ☐以前吸っていた（ 才～ 才まで、 本／日）
☐吸っている（ 才～、 本／日）
☐吸っていない

⑩女性の方のみお答えください。

●現在妊娠中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ）週

●現在授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい



医療法人 薬師寺慈恵会

薬師寺慈恵病院

YAKUSHIJI JIKEI HOSPITAL