問診票

令和　　年　　月　　日　ID

（ふりがな） 氏　名	生年月日　T S H R　　年　　月　　日
住所：	
電話番号：	携帯電話：

①マイナ保険証による情報取得に同意しますか？　　いいえ　・　はい

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いつからどのような症状がありますか？

④現在治療中の病気はありますか？

いいえ　・　はい（　　）

⑤現在内服中のお薬はありますか？　いいえ　・　はい（　　）

※お薬手帳をお持ちの方は、受付へお出しください。

⑥今までに入院や手術を要する病気・怪我をしたことがありますか？

いいえ　・　はい（　　）

その際に手術をしましたか？（　　）

⑦アレルギーがありますか？

いいえ

はい　　薬（　　）・食べ物（　　）・　喘息　　・アトピー　・　花粉症

その他（　　）

⑧喫煙・飲酒歴

喫煙　無　有（　　本／日×　　年）禁煙から（　　年）

飲酒　無　有（酒の種類　　×　　年）断酒から（　　年）

⑨この一年間で特定健診または高齢者健診を受けましたか？

いいえ　・　はい　時期（　　）　指摘事項　（　　）

⑨女性の方へ

現在、妊娠の可能性はありますか？　いいえ　・　はい　・　不明

現在、授乳中ですか？　いいえ　・　はい

ご記入ありがとうございました。

和みファミリークリニック