

診療申込・問診票

ID

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生	昭和					
氏名		年月日	平成	年	月	日	生	
		男・女	令和				(才)	
住所	(〒 -)	電話	自宅	-	-			
			携帯	-	-			

※ 下記の項目について、ご記入ください。お薬手帳や血圧手帳をお持ちの方はご提出ください。

● マイナ保険証の情報取得に同意されましたか？……………(はい・いいえ)

● 本日受診することになったおもな症状は？

いつごろから	どのような症状が？	体温
		度

● 1年以内に特定健診の受診はありますか？……………(ある・ない)

● 今までに大きな病気にかかったことや手術の経験がありますか？……………(ある・ない)

緑内障	前立腺肥大
-----	-------

● 現在飲んでいるお薬がありますか？……………(ある・ない)

※ マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可能です。

--

● 薬や食べ物のアレルギーはありますか？……………(ある・ない)

--

● 飲酒、喫煙はありますか？……………(はい・いいえ)

酒：1日 種類 量	たばこ：1日 本 年間、禁煙中
-----------	-----------------

● 電子処方箋を希望しますか？……………(はい・いいえ)

薬局名：

● 女性の方、**授乳中** または **妊娠の可能性** はありますか？……………(ある・ない)

妊娠： 週	授乳中：お子さん 才 ヶ月	卒乳中
-------	---------------	-----

● どのようにして当院をお知りになりましたか？

インターネット 近所 家族 知人
() 様から

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。



本多内科クリニック

尿検査 (あり・なし)