

# 問診票

時間 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_

次の質問に○印、あるいはお答えをご記入ください。

ふりがな		性別	生年 月日	T S	年	月	日生 ( 歳)
お名前		男・女		H R			

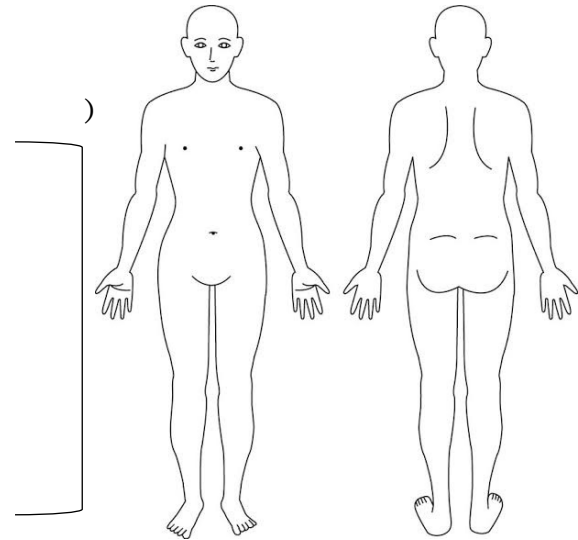
ご住所	〒 _____	TEL	_____
-----	---------	-----	-------

1. いつ頃から、どのような症状がありますか。

- ・いつ頃から ( \_\_\_\_\_ )
- ・何をして \_\_\_\_\_

例：転んだ、ねんざ

打撲、交通事故



身体のどこに症状がありますか・・・右図に×印をしてください。

上記のことで、治療を受けたことがありますか。                      ある                      ない

2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか                      ある                      ない

3. 過去に重い病気や、手術をしたことがありますか。                      ある                      ない  
(病名 \_\_\_\_\_) (病院名 \_\_\_\_\_)

4. 現在、他の医療機関に通院していますか。                      はい                      いいえ

※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示お願いいたします。

(薬品名 \_\_\_\_\_) (病院名 \_\_\_\_\_)

・裏面もあります

あきの整形外科クリニック

5. 今までに食べ物、薬、注射で気分が悪くなったり、  
身体に発疹が出たことがありますか。  
(わかれば具体的に: ) はい いいえ
6. 局所麻酔で気分が悪くなったことがありますか。 はい いいえ  
(歯を抜く時の麻酔など)
7. 「ぜんそく」と言われたことがありますか。 はい いいえ
8. 湿布をはったり、塗り薬を使ってかぶれた事がありますか。  
はい いいえ

※マイナ保険証をお持ちの方のみ、9. 10の質問にお答えください。

9. 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
10. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか。  
はい いいえ  
(受診時期 ) (指摘事項 )

※女性の方は以下の質問にもお答えください

11. 現在、妊娠されてますか。 はい 可能性あり いいえ
12. 現在、授乳中ですか。 はい いいえ

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お願いいたします。