問 診 票

受診日:　　年　　月　　日

氏名:　　性別: 男 ・ 女

生年月日: 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日　　年齢:

1） 今日は、どのような症状で受診に来ましたか。

その症状はいつ頃からですか。
年　　月　　日

2） 同じ症状で他の病院へかかりましたか。
□いいえ
□はい【病院名;　　いつ頃　　】
【処方;なし、あり(　　)】

3） 現在治療中の病気や、過去にかかったことのある病気にレ点を入れてください。

□高血圧	□糖尿病	□高脂血症
□腎臓の病気(　　)	□肝臓の病気	□胃・十二指腸の病気
□心臓の病気(　　)	□結核	□肺の病気(　　)
□脳の病気(　　)		□ぜんそく
□その他(　　)		

4） 現在、服用している薬はありますか。※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。
□いいえ
□はい【　　】

5） 今までに手術をしたことはありますか。
□なし
□あり【　　歳の頃、どんな手術を　　】

6） 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。
□なし
□あり【薬;　　】
【食べ物;　　】

7） 1年以内に健診を受けましたか？
□はい
□いいえ

8） 1カ月以内に海外へ行きましたか。
□いいえ
□はい【国名;　　】

9） 女性の方にお聞きします。
現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。
□なし　　□あり　妊娠(　　)週
現在、授乳中ですか。
□いいえ　　□はい

10） マイナ保険証の利用についてお聞きします。
マイナンバーカードはお持ちですか。
□持っている　　□持っていない
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

取得する保険情報
・保険証情報
・住所情報
・過去の健診情報
・過去のお薬情報

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。

新越谷病院　R6.12.2 改定