ID

問　診　票

受診日　　年　　月　　日

お名前		ふりがな	
住所	(変更ある方のみ)〒		
TEL	(変更ある方のみ)		

① **本日の症状(来院目的)を簡単にお書きください。**

来院時体温　　℃

！！重要！！

◎他の医療機関からの紹介状を持っていますか？　　はい　・　いいえ

◎今までに、薬によるアレルギーが出たことはありますか？ある方は薬品名と症状を記入してください

はい　→　(　　)
いいえ

◎緑内障の既往歴はありますか？　　はい　・　いいえ

◎前立腺肥大症の既往歴はありますか？　　はい　・　いいえ

◎(女性の方のみ)　現在、妊娠中ですか？　　はい(　　週)　・　いいえ
現在、授乳中ですか？　　はい　・　いいえ

② 本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか？

はい　→　(　いつ頃:　　)
いいえ　　渡航先:

③ 今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？

はい　→　(　　)
いいえ

④ 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？

はい　→　(　医療機関名:　　)
いいえ　　治療内容:

⑤ 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診療情報取得に同意しますか？

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をお願いいたします。

⑥ (⑤がいいえの方のみ)現在、他の医療機関で処方されている薬はありますか？

はい　→　(　薬の名前:　　)
いいえ

⑦ (⑤がいいえの方のみ)1年以内に特定健診を受診しましたか？

はい　→　(　受診した時期:　　年　　月ごろ
いいえ　　指摘事項があれば右にご記入ください:
(例･･･高血圧、メタボ　など)　)

⑧ 日常生活において、当てはまるところに〇印を、(　)内は数字をお書きください。

＊たばこについて　・吸わない　・吸っていた　・吸っている
↳ 1:1日に(　　)本くらい　2:合計(　　)年間くらい

＊アルコールについて　・毎日　・週5日程度　・時々　・ほとんど飲まない

南大沢メディカルプラザ