ID　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問　診　票

Ｒ　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：大正・昭和・平成氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　　　　　　　年　　　月　　　日　(　　　歳) |
| 住　所〒 |
| 電話番号　：携　帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　：自　宅 |
| 緊急連絡先：(必須)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　　)　**※ご本人以外の電話番号をご記入願います** |

|  |
| --- |
| **☆今日はどうされましたか？**　(必ずご記入願います)　　　　　　　　　☆その他**◯いつから？**□健康診断　　□再検査　　□採血希望**◯症状は？** |
| ☆現在治療中、または今までかかった病気はありますか？　□いいえ□は　い　(病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ☆現在服用しているお薬はありますか？□いいえ　　　　□は　い　(お薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いいたします。 |
| ☆薬や食べ物でアレルギーはありますか？□いいえ　　　　□は　い　(薬品名：　　　　　　　　　　　　症状(食品名：　　　　　　　　　　　　症状　　 |
| ☆この1年間で健診(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：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ☆喫煙・飲酒についてお答えください。たばこ：　　□吸わない　　□吸　う　(　　　　本/1日、喫煙歴　　　　　年)　□過去に吸っていたがやめたアルコール：□飲まない　　□飲　む　(種類：　　　　　　　　　　)(　　　　杯/　　　日) |
| ☆女性の方のみお答えください。妊娠されていますか？　□いいえ　　　□わからない　　□は　い　(　　　　週)or(出産予定日：　　年　　/　　)授乳中ですか？　　　　□いいえ　　　□は　い |
| ☆当院をどのようなきっかけでお知りになりましたか？□ご紹介(ご紹介者名　　　　　　　　　　　　　　　　)　　□ホームページ　　　□検索サイト　　□看　板　□ご近所　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) |
| ☆マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？□は　い当院は診療情報を取得・活用することにより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。□いいえ |

※問診票に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。高木クリニック内科・消化器内科