診 療 問 診 票

フリガナ		男・女	身長　　cm 体重　　kg
氏　　名			
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		
住　　所	〒		
自宅電話	（　　）　　―	職業	
携帯電話	（　　）　　―		

1）どのような症状で来院されましたか。具体的な症状を書いて下さい。

（　　）

その症状はいつからですか。

2）①過去に治療した病気や手術はありますか。　　ない　・　ある

（　　）

②現在、他の医療機関に通院されていますか。　いいえ　・　はい

（医療機関名：　　病名または症状：　　）

③この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか。　いいえ　・　はい

④服用している薬はありますか。　ない　・　ある

⑤服用しているサプリメントはありますか。　ない　・　ある

3）薬や食べ物でアレルギーはありますか。

ない　・　ある（　　）

4）血縁関係のある家族で、がんや脳卒中などの病気をされた方はいますか。

いいえ　・　はい（　　）

5）①飲酒されますか　　定期的に飲む　・　機会飲酒のみ　・　全く飲まない

（頻度：　　１日量：　　ml　）

②喫煙されますか　　はい（1日　　本×　　年）　・　いいえ

6）女性の方に：妊娠している可能性はありますか。　ない　・　ある

授乳中ですか。　いいえ　・　はい

7）来院のきっかけを教えてください。

・ホームページを見て　・知人・家族（　　様）からの紹介

・建物の前を通りかかって　・医療機関からの紹介　・その他（　　）

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下さい。

※診療問診票に記載された事項は個人情報保護法により診療並びに医療保険事務以外の目的には使用いたしません。

こうの内科クリニック