# 問診票　～下記の項目について記入、または○で囲んでください～

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。

記入日：令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | | |
| お名前 | | 男・女 | 生年月日<br>T・S・H・R　　年　　月　　日 | 歳 |
| ご住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | －　　－ | | 来院時体温 | ℃ |

携帯電話優先でお願いします

**※血圧測定もお願いします（成人のみ）**

1）どのような症状で受診されましたか？また、それは、いつからですか？

（　　）

2）過去に指摘された病気（既往歴）はありますか？それは、何歳頃ですか？

（　　）

3）現在治療中の病気はありますか？

（　　）

4）手術をされたことはありますか？　いいえ　・　はい（手術名　　）

5）現在、服薬中の薬はありますか？　＊ 受付に、お薬手帳の提出をお願いします
※お薬手帳を提出された場合は、記入不要です

いいえ　・　はい（お薬名　　）

6）この１年間で健康診断（特定健診含む）を受診されましたか？
いいえ　・　はい（最終健康診断日：　　年　　月　　日）

7）今までにアレルギーを起こしたことはありますか？　いいえ　・　はい　（　　）

8）家族に次の病気はありますか？　＊（　　）には祖父、母などを記入
糖尿病（　　）　高血圧症（　　）　脂質異常症（　　）　心臓病（　　）　癌（　　）

9）たばこ　・吸わない
・吸ったことがある　（　　～　　歳）（　　本/日）
・吸う→種類　紙たばこ・電子タバコ　（　　本/日）（　　年間）

お　酒　・飲まない・機会飲酒
・飲む→種類（ビール・日本酒・焼酎・ワイン・他　（　　ｍｌ/日）

10）女性の方のみお答えください。　妊娠の可能性　有　・　無　妊娠中（　　週）　・　授乳中

～ご協力ありがとうございました。野中内科ハートクリニック～