

内科初診問診票

年 月 日

ふりがな			
氏 名	男 ・ 女		
生年月日	大・昭・平・令・西暦	年	月 日 (歳)
住 所	〒 -		
電話番号	自宅： - -	携帯： - -	
緊急連絡先	- - ()		

・ いままでにかかった主な病気、けが、手術はありますか？

あり → いつ頃： 病名：

なし

・ 現在、処方されている薬はありますか？

あり →

なし

・ 現在妊娠は・・・

している → 現在妊娠 週 (ヶ月)

していない

・ 現在授乳中ですか？

授乳している → 授乳中のお子様はおいくつですか？ 歳 ヶ月

授乳していない

・ お酒やたばこは1日どれくらいですか？

*お酒 合 *ビール 本 *その他アルコール *たばこ 本

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ あり ・ なし

・ マイナ保険証およびオンライン資格確認による病院の診療情報取得に同意されますか？

同意する ・ 同意しない

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。