

# 問診表

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
お名前			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	( 歳)
ご住所	〒	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
		携帯電話		
		自宅電話		

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日はどうされましたか？		
現在治療中の病気、または過去に診断を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他( )
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> お薬手帳持参あり <input type="checkbox"/> お薬手帳持参なしの方は薬品名教えてください ( )
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	食品名・薬品名 ( )
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
【お子様のみ】 けいれんを起こしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	何歳の時ですか？ ( 歳)
【女性の方へ】	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (現在 月) <input type="checkbox"/> 授乳中	

※診察にあたり待合室等でお名前を呼ばれたくない場合は、受付時にお申し出ください。