

共通問診票

記入日  
令和 年 月 日

受診 診療科

※受診希望の方は下記太枠内を記入し、受付に提出して下さい。

診察券番号：		生年月日	
フリガナ			
お名前		男	年 月 日生
		女	( 歳 )
職業：	身長	cm,	体重 kg
住所： 〒 -	電話番号：	-	-
	携帯番号：	-	-
緊急連絡先： お名前：	電話番号：	-	-
続柄：			

糖尿病内科  
心臓内科  
心臓血管外科  
  
内科  
消化器内科  
呼吸器外科  
消化器外科  
整形外科  
形成外科

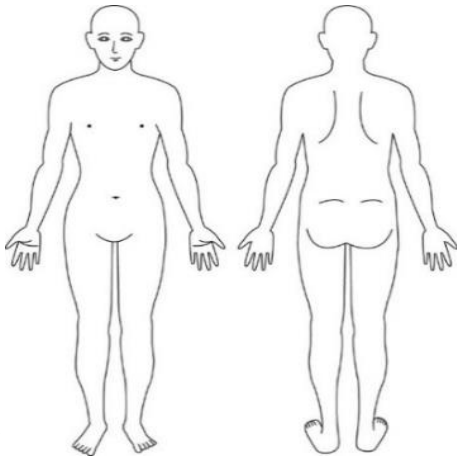
※上記の診療科以外、  
呼吸器内科  
耳鼻咽喉科・頭頸部外科  
脳神経外科  
脳神経内科  
皮膚科  
眼科  
乳腺外科  
泌尿器科  
下肢静脈瘤外来  
は専用問診票に  
ご記載ください。

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

■いつから、どのような症状がありますか？

いつから：  
症状：



・けが ※部位を図に○で囲んでください  
(通勤中 ・ 仕事中 ・ 交通事故)

■現在治療中、または以前にかかった病気はありますか？  
当てはまるものを○で囲み、治療内容、医療機関名を記入して下さい

・ 高血圧	・ 肝	・ 腎臓病
・ 糖尿病	・ がん	
・ 高脂血症	・ ぜんそく	
・ 心臓疾患	・ 脳梗塞、脳出血	
・ その他		

■服用中の薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方はご提示ください）  
・ なし ・ あり 薬品名：

■今までに手術の経験はありますか？  
・ なし ・ あり いつ頃： 病名：

■この一年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか ・ はい ・ いいえ  
いつ頃：  
指摘事項：

■薬のアレルギーはありますか？ ・ なし ・ あり ：  
■他にアレルギーはありますか？ ・ なし ・ あり ：

■たばこ ・ 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 吸う（ 本/日 年間）  
■アルコール ・ 飲まない ・ 飲む （種類： 1日の量 ）

■女性の方へ質問です。 現在妊娠中ですか？当てはまる項目に○をつけてください。  
・ 妊娠中 ・ いいえ ・ わからない（最終月経： 月 日～ 月 日）  
・ 授乳中 ・ 閉経（ 歳頃）

—以下職員記入欄—  
◆紹介状：無 ・ 有  
CD-ROM：無 ・ 有

◆V/Sなど  
  
◆最終飲食日時 月 日  
時 分  
内容：

◆付き添い

新 患	
登 録 時 間	
受 付 担 当	
看 護 師	
Scan ※するものにシ貼チェック	