

# 問診表

日付： / /  
体温： °C

ふりがな

平成

お名前

男・女

生年月日 令和 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 自宅：

携帯：

集団生活 有：無（施設名：） 体重 kg

◆マイナ保険証で受診の方は、マイナ保険証による診療情報（服薬歴、通院歴など）の取得に同意されましたか？

同意した ・ 同意していない

◆今日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 喘鳴 ・ 呼吸困難  
不機嫌 ・ 食欲不振 ・ 湿疹 ・ 発疹 ・ じんましん ・ アレルギー相談  
その他（ ）

◆これまで何かお病気にかかられましたか？

はい ・ いいえ

具体的に（ ）

入院歴： 有 ・ 無

◆お薬や食べ物で、身体に合わないものはありますか？

はい ・ いいえ

薬品名：

症状：

食品名：

症状：

◆家族構成 ご家族、同居者の構成と、何かお病気などありましたらご記入ください。

続柄	年齢	何かお病気や体質などがあればご記入ください

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。