

# 問診票

◆マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか?	はい	いいえ
◆他の医療機関からの紹介状を持っていますか?	はい	いいえ

お名前	ふりがな	男・女	生年月日	昭和・平成・令和		
				( 年 月 日 歳 か月)		
ご住所	〒	-	お電話	自宅	-	-
				携帯	-	-
			体重:	kg	体温:	°C(現在)

## ■本日はどうなさいましたか? (症状に○をしてください)

・発熱(37.5°C以上) 月 日~

・咳 月 日~

・下痢 月 日~

・発疹 月 日~

・鼻水 月 日~

・嘔吐 月 日~

## ◆これら以外の症状があればお書きください

## ◆周りで流行っている病気はありますか? (はいの場合は具体的にご記入ください)

いいえ はい

## ◆風邪以外でかかったことがある病気はありますか?

いいえ はい

## ◆アレルギーはありますか?

いいえ はい

## ◆毎日飲んでいる薬はありますか?

いいえ はい

## ◆薬で具合が悪くなったことがありますか?

いいえ はい

## ◆その他(上記以外に気になる事があればお書きください)

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。