

【問診票】

 書写西村内科

の部分にはチェック☑をお願いします

記入年月日： 年 月 日

ふりがな：

氏名：

生年月日：大正 / 昭和 / 平成 / 令和 年 月 日 (才) 性別：男・女

電話番号：(自宅) (携帯電話)

住所：〒

◆ 今日はどうなことで来院されましたか？

他院からの紹介状 無 有

◆ これまでにかかったことがある病気や受けたことのある手術をお教え下さい

特になし 高血圧 高脂血症 糖尿病

手術〔病名： 手術名： 〕

その他〔 〕

◆ 現在定期的に飲んでいるお薬はありますか？

いいえ はい〔お薬名： 〕

◆ お薬や食べ物のアレルギー・花粉症はありますか？ 花粉症あり

いいえ はい〔お薬： 〕〔食べ物： 〕

◆ お酒は飲みますか？

いいえ はい〔飲酒量： 〕

◆ たばこは吸いますか？

いいえ 吸う (一日 本、 才から) 禁煙した (才から)

◆ ご家族様がかかったことのある病気はありますか？

がん 心臓病 脳卒中 高血圧 高脂血症 糖尿病

その他〔 〕

* 女性の方のみお答え下さい

◆ 妊娠されていますか？もしくは妊娠の疑いはありますか？

いいえ わからない はい〔妊娠 週目〕

◆ 授乳されていますか？ いいえ はい

◆ マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか？ はい いいえ

◆ この1年で健診を受診されましたか？ はい いいえ

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。