

マイナ保険証問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			
氏名			
自宅電話番号	— —	携帯番号	— —

* マイナ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
(同意した方は★以外の質問にお答えください)

● 今日はどうされましたか？ _____

● いつ頃から起こりましたか？ _____

● 今までに大きな病気をしましたか？ はい ・ いいえ

才 : 病名 _____

才 : 病名 _____

● 今までに入院・手術の経験はありますか？ はい ・ いいえ

入院・手術 才ごろ : 病名 _____

入院・手術 才ごろ : 病名 _____

● 現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

才から : 病名 _____

才から : 病名 _____

★ 現在服用中の薬はありますか？ はい ・ いいえ

薬品名 () () () () ()

● 薬の副作用が起きたことがありますか？ はい ・ いいえ

薬品名 症状 _____

薬品名 症状 _____

● 気管支喘息と診断されたことはありますか？ はい ・ いいえ

● アレルギーはありますか？ はい (アレルギー) ・ いいえ

● 現在、妊娠中ですか？ はい (妊娠 週) ・ いいえ

● 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

● タバコはすいますか？ はい (1日 本) ・ いいえ

● お酒は飲みますか？ はい (毎日 ・ 時々) ・ いいえ

(何を) (どのくらい)

● 血縁関係のある方で下記の病気の方がいる方は○で囲んで、()には続柄を書いてください ・ なし

・心臓病()・高血圧症()・糖尿病()・痛風()

・脳卒中()・肝臓病()・腎臓病()・膠原病()

・癌()・肺結核()・気管支喘息()・アレルギー()

当クリニックは診療情報を取得・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。
正確な情報を取得するため、診療情報取得に同意にご協力をお願い致します。