

カルテ No. _____

年 月 日

問診票

体温 _____ °C

今日はどうされましたか？該当する症状にチェックをお願い致します。

- 咳・痰 鼻水・鼻づまり 動悸 息苦しい 下痢
腹痛 体がだるい 食欲がない むくみ 頭痛
その他 (_____)

上記症状はいつからですか？

(_____)

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳出血・脳梗塞
心疾患 不整脈 喘息 痛風 癌
その他 (_____)

現在服用中のお薬はありますか？

- なし あり お薬名 (_____)

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり お薬名 (_____)
食べ物名 (_____)

他医療機関からの紹介状はありますか？

なし あり

*女性の方のみ

妊娠中ですか？ いいえ はい _____ 週目

授乳中ですか？ いいえ はい

マイナ保険証による診療情報取得について

同意する 同意しない

ご協力ありがとうございました。

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おります。

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。