

NO. _____

問 診 票

令和 年 月 日

下記の質問にご記入の上、保険証を添付して受付に提出してください。

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	歳	
フリガナ			
住所	〒 _____		
電話	携帯		
ご家族で当院を受診されていますか？ <input type="checkbox"/> はい(氏名			

1. 体温 (_____ °C) お子様が受診の場合は体重(_____ kg)
2. いつ頃から、どのような症状ですか？

3. 今、薬は飲まれていますか？ はい いいえ

薬名:

4. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

病名・手術名:

5. 今までに薬や注射、食べ物でじんましんなどのアレルギー症状が出たことがありますか？
はい いいえ

薬・食べ物名、および症状:

6. 女性の方にお尋ねします

1) 現在、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ わからない
はいの方(ご出産予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

2) 現在、授乳中ですか？ 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します。

御協力ありがとうございました。

うねび内科クリニック