

問 診 表

フリガナ		
氏名		
郵便番号		
住所		
電話番号	自宅	携帯

本日の保険確認はどちらでされましたか？

- マイナンバーカード(マイナ保険証) 保険証

マイナ保険証での受診の方にお伺いします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？

- 同意した 同意せず

現在、他の医療機関に通院されていますか？

- はい いいえ

医療機関

治療内容

現在飲まれている、または処方されている薬はありますか？

- はい いいえ

薬名

問 診 表

本日はどうされましたか？

いつから

どんな症状ですか？

尿漏れ

有

無

性病の心配

有

無

アレルギーはありますか？

有

無

薬

食べ物

その他

今までにかかった病気や手術を受けた事がありますか？

有

無

神経病 脳卒中 高血圧 喘息 結核 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃腸病
糖尿病 皮膚病 性病 尿路結石 膀胱 緑内障

その他

手術

どの様に当院をお知りになりましたか？

看板

インターネット

知人の紹介

その他