

問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	男 ・ 女
氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所	〒	電話番号 ()
		携帯番号 ()

1. 本日はどうなさいましたか？

いつから () 部位 ()

相談内容 ()

思い当たる原因はありますか？

いいえ ・ はい ()

職場・通勤中の事故または怪我ですか？ (労災) いいえ ・ はい

交通事故ですか？ (自賠責) いいえ ・ はい

2. 現在、内服中の薬はありますか？

いいえ ・ はい (お薬手帳をお出し下さい)

3. 今までに大きな病気・入院・手術をしたことはありますか？

いいえ ・ はい ()

4. 薬・食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ()

5. 女性のみお答え下さい。

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (予定日： 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

6. 当院を何で知りましたか？ ()

7. 領収書とは別に、医療費明細書 (無料) は必要ですか？

いいえ ・ はい

8. マイナ保険証 (マイナンバーカード健康保険証利用) による情報取得に同意しますか？

いいえ ・ はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に務めています。
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お願いいたします。

ご記入ありがとうございました。受付にご提出下さい。 松井クリニック