

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな	
受診される方の氏名：	(男 ・ 女 ・ その他)
生年月日： 大・昭・平・令	年 月 日 (才)

住所： 〒
電話番号： 自宅 () 携帯 ()
記入した方の氏名： 本人 ・ その他 (氏名 関係)

★受診する理由、今困っていること、相談したいことはどんなことですか？

★紹介者あるいは紹介機関があればお書きください。()

★このことについて他の医療機関・相談機関などを利用されましたか？ (はい ・ いいえ)

機関名	いつ頃	受けた診断・検査・治療など
-----	-----	---------------

★現在の状態について

・睡眠： よい ・ 悪い (寝つきが悪い・何度も目がさめる・早朝に目がさめる・その他)

寝る時間： 起きる時間： 眠剤の使用 (あり ・ なし)

・食欲： いつもどおり・ない・いつもよりある・その他 ()

・体重： kg ここ1か月間で (変化なし ・ 増えた kg ・ 減った kg)

・身長： cm

・現在、何か病気がありますか？ ある () ・ ない

服薬している方は薬剤名をお書きください ()

・アレルギーはありますか？ ある (薬 ・ 食べ物 ・ その他) ・ ない

薬の場合、薬の名前がわかりましたらお書きください。()

・今までに大きな病気やケガなどがあればお書きください。()

・現在妊娠していますか？ はい (出産予定日 年 月 日) ・ いいえ

裏面もご記入ください

★同居しているご家族について

氏名	生年月日	性別	続柄	職業・学校名	健康上の問題

★マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ （ はい ・ いいえ ）

（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）

ご記入ありがとうございました