問 診 票（再 来 用）

名 前	
※変更ある場合記入 住 所	〒　　－
※変更ある場合記入 電話番号	自宅　　（　　）　　携帯　　（　　）

Q1　どのような症状ですか？

発熱（　　℃）　せき　のどの痛み　鼻水　下痢　腹痛　嘔吐
頭痛　食欲不振　呼吸困難　倦怠感　糖尿病　高血圧　高脂血症
その他　※皮膚科の場合は大きさ、左右、部位など詳しくご記入下さい。
（　　）

Q2　その症状はいつからですか？

Q3　他院にかかっておられますか？

いいえ　はい（　病院名　　病名　　）

Q4　現在、服用中のお薬はありますか？　※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。

いいえ　はい（　薬剤名　　）

Q5　薬や注射で、アレルギー反応がでたことがありますか？

いいえ　はい（　薬剤名　　症状　　）

Q6　今までに大きな病気、手術をうけられたことはありますか？

いいえ　はい（　病名　　いつごろ　　）

Q7　40歳以上の方：1年以内に市等で実施している特定健診を受診されましたか？

いいえ　はい（　　月ごろ　指摘事項:　　）

Q8　女性の方：妊娠中または授乳中ですか？

いいえ　はい（　妊娠中　・　授乳中　）

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、マイナンバー保険証の利用にご協力お願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）マイナ保険証を利用の場合：2点　利用しない場合：6点
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（再診時）マイナ保険証を利用の場合：0点　利用しない場合：2点

医療法人社団斗花会
ベニバナファミリークリニック