

問診票

フリガナ _____ 男

氏名 _____ 女 生年月日 _____ 年 月 日生 _____ 歳

〒 _____

住所 _____ 電話番号 _____

保険証の種類 国保・社保・生保・後期高齢・労災・自賠責・他(_____)

生保の方は、申請された市区町村をお書き下さい _____

① 手稲病院にかかるのははじめてですか。

はい・いいえ (_____ 年 _____ ヶ月前)にかかったことがある

② 今日はどうなさいましたか。(症状をお書きください)

③ その症状はいつから続いていますか。

④ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい・いいえ

⑤ 交通事故や職務中の事故・出来事による自賠責保険や労災保険での診療を希望されますか。

はい・いいえ

⑥ これまで大きな病気やけがをしたことがありますか。

ある・ない _____

⑦ これまで薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか。

ある・ない _____

⑧ 飲酒について

飲んだことがない・やめた・飲む

飲酒期間 _____ 才～ _____ 才・現在 _____ 日/週・月 1回量 _____

⑨ これまで違法な薬物を使用したり、薬を多く飲んだりしたことがありますか。

ある・ない(診察でお話し下さい) _____

⑩ 現在、他の医療機関に通院していますか。(どこか悪くてかかっていますか。)

⑪ 名前で呼び出し 可 不可

※裏面も御記入下さい

⑫ この一年間で特定検診もしくは高齢者健診を受診していますか？

はい・いいえ

⑬ [女性のみ]現在、妊娠中又は授乳中ですか？

はい・いいえ

⑭ 4～5日以内に発熱しましたか

はい・いいえ

⑮ 同居の方にインフルエンザ、コロナ感染症の方はいますか

はい・いいえ

⑯ 本日はマイナ保険証を利用していますか？

はい・いいえ

はいの場合、マイナ保険証による診療情報の取得に同意いただけますか？

はい・いいえ

当院では問診表やマイナ保険証の利用を通じて診療情報を取得・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。マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。