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　　　　　　　　　　　　ご関係　　　　　　　）

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

・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

★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＊＊