

# 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

★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\*\*