

ID:

問診票

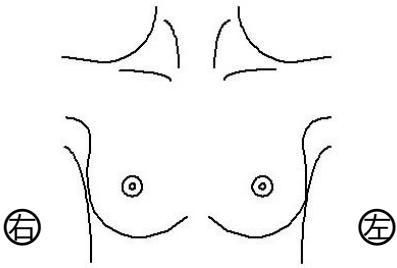
フリガナ		職 業	
氏 名	様	生年月日	年 月 日(歳)
住 所	〒 -		
TEL	(携帯) - -	(自宅)	- -

◆当院はマイナ保険証の利用や問診票等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る医療機関(医療情報取得加算の算定医療機関)です。

受診受付完了時点でマイナ保険証による診療情報取得に同意いただいたとみなしますのでご了承ください。

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。

◆当てはまるものにレ印をつけ、必要事項をご記入ください。

本日はこういった症状がありますか？ 当てはまる症状と部位に○印をつけてください。			
☐ 違和感【 右 ・ 左 】		※症状のある部位に○をつけてください	
☐ 乳頭分泌物【 右 ・ 左 】			
→ 色・性状【 透明 ・ 白 ・ 黄色 ・ 血液様(赤・茶・黒) 】			
☐ しこり【 右 ・ 左 】			
☐ 痛み【 右 ・ 左 】			
☐ 検診で要精密検査になった			
☐ その他【		】	
他医療機関からの紹介状をお持ちですか？		☐ なし	☐ あり
症状はいつからありますか？			
【 から】			
今までに乳がん検診を受けたことがありますか？			
☐ なし	☐ あり【前回検査： 年 月頃 または 年前頃】		
	→ ☐ 視触診 ☐ マンモグラフィー ☐ 超音波 ☐ その他【		
	→ ☐ 異常なし ☐ 異常あり【内容：		
今までに病気や手術などをしたことがありますか？			
☐ なし	☐ あり【病名： 時期：		
喘息はありますか？		☐ なし	☐ あり
現在、治療中の病気はありますか？ またどんな病気でどちらの医療機関に通院していますか？			
☐ なし	☐ あり → ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 脳梗塞		
	☐ その他【病名：		
	【病院名：		
現在、服用中の薬やサプリメントはありますか？ お薬手帳をお持ちの方は受付でご提出ください。			
☐ なし	☐ あり【薬剤名：		
	【サプリメント：		

※裏面もご記入お願いします。

