＜　問診表　＞

春見 あおいクリニック

体温（　　℃　）　　（受診日）令和　　年　　月　　日

ふりがな		住所	〒
名前	男 女		
生年月日 年齢	（大・昭・平・令　　年　　月　　日） 才		
体重 （12才以下）	kg	電話番号 携帯電話	（　　－　　－　　） （　　－　　－　　）

①マイナ保険証による診療情報取得について同意しますか。　　はい　　いいえ

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

②他の医療機関からの紹介状を持っていますか。　　はい　　いいえ

③今日はどのような症状で受診されましたか。

症状（　　）

いつから（　　）

④その症状で、どこかで治療や薬などを受けたことはありますか。

はい（　　）　　いいえ

⑤現在までに病気や手術をしたことはありますか。

はい　a.高血圧　b.糖尿病　c.心臓病　d.がん　e.喘息　　いいえ

f.じんま疹などのアレルギー　　g.他（　　）

h.手術（　　）

⑥現在飲んでいる薬はありますか。

はい（薬品名：　　）　　いいえ

⑦薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。

はい（食物名/薬品名：　　）　　いいえ

⑧タバコは吸いますか。　　はい　（1日：　　本）　　いいえ

⑨女性の方へ・妊娠中ですか。　はい　（週数：　　週）　　いいえ

・授乳中ですか。　　はい　　いいえ

－以下の検査や治療をご希望の方は○をつけて下さい。－

血液検査 ・ 尿検査 ・ レントゲン ・ 心電図 ・ ＣＴ検査
胃カメラ検査・大腸カメラ検査・腹部エコー・禁煙外来

アンケートおねがいします。

・当院を知ったのは → 紹介（　　様）・近所・看板・通りがかり・その他

・ご家族で当院にかかられた方は（いる・いない）その方のお名前　　続柄

・来院時の交通手段は → 徒歩・自転車・車・公共交通機関・その他