

問診票

医療法人 おぎ野医院

フリガナ	生年月日：昭和・平成・令和		
氏名	男・女	年	月 日(歳)
住所			
電話番号	自宅 ()	携帯	()
緊急連絡先	()	※本人様以外の電話番号をご記入ください	

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

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します

他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい いいえ

どのような症状で来院されましたか？

現在治療中、または今までかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中 胃腸の病気
肺・気管支の病気 喘息 目の病気 緑内障 前立腺肥大症 足腰の病気
がん() 手術()
その他の病気()

現在服用している薬はありますか？

いいえ はい(薬名：)
※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい()

この一年間で健康診断を受けられましたか？

いいえ はい(指摘事項：)

喫煙・飲酒についてお答えください

タバコ：吸わない 吸う(本/日、喫煙歴 年) 過去に吸っていたが止めた
アルコール：飲まない 飲む(種類： 、 杯/日、休肝日： 回/週)

女性の方のみお答えください。

妊娠されていますか？ いいえ はい(週)
授乳中ですか？ いいえ はい

※問診票に記載された個人情報は、患者さまの診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。