

問診表

白井医院 2024年10月作成

記入日： 年 月 日 マイナ保険証による診療情報取得の同意の有無： 有 無

ふりがな		記入者
お名前	男性・女性	本人・家族（続柄） その他（）
生年月日	大・昭・平・令 年（西暦 年）	月 日（）歳
ご住所	〒 -	
お電話番号	（つながりやすいものをお願いします）	
緊急連絡先	（氏名： 続柄：）	

*緊急連絡先は緊急時のみご使用させていただきますので、ご本人様以外の電話番号の記載をお願いします。

●本日受診された症状・検査結果など

いつから（）
どのような症状・検査結果・病気など（）
今回の症状で最近他院への受診の有無（無・有：病院名 紹介状：無・有）

●現在・過去のご病気の有無（手術など含む）

無
有（西暦 年頃：）（西暦 年頃：）
（西暦 年頃：）（西暦 年頃：）

●現在他院で処方されているお薬の有無

無
有（名前 *持参されているお薬手帳に全て載っている場合は記載不要です）

●アレルギーの有無（食べ物、お薬） *胃カメラを受けられる方は特に歯の麻酔薬での情報が重要です

無
有：名前（）症状（） 名前（）症状（）

●喫煙歴（過去含む）

無
有（ 歳頃～、1日 本、 歳頃～禁煙）

●飲酒歴（過去含む）

無
有（ 歳頃～、頻度、種類：、量 mL、 歳頃～禁酒）

●普段の排便状況： 1日 回 または 日に1回

●最近1年間での健診歴（該当するものに○を付けてください）

無
有（ 特定健診 職場の健診 人間ドック： 異常なし 異常あり→内容：）

●最終の検査時期 *検査をしたことがなければ“なし”と記載して下さい

胃カメラ：西暦 年頃 大腸カメラ：西暦 年頃 腹部エコー・CT：西暦 年頃

●女性の方へ：当てはまるものがあれば○、なければ×を付けてください

妊娠中（ か月） ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中 裏面もご覧ください

* 当院では診療情報を取得・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致します

* マイナ保険証による診療情報取得（処方内容、健診結果など）にご同意されない場合はお申し出ください