

問 診 票

日付 _____

ふりがな
お名前： _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

住所：〒 _____

電話番号 (日中連絡の取りやすい番号) _____

(※緊急時の連絡先 (任意))
お名前： _____ 続柄： _____ 連絡先： _____)

●今までに当院を受診したことがありますか？ : はい いいえ 不明

●本日はどんな症状で来院なさいましたか。またその経過を教えてください。

●今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

高血圧 コレステロール 糖尿病 脳卒中 心臓病
 喘息 腎臓病 がん
 その他 (病名 _____)

●現在、服用している薬はありますか？

なし あり (薬品名： _____)

●お薬手帳を持っていますか？(お持ちでしたら受付にお預けください)

なし あり 持って来なかった

●薬・注射・麻酔・食べ物などにアレルギーがありますか？

なし あり (_____)

●アルコール消毒で赤くなったりかぶれたりしますか？ なし あり

●(女性の場合のみ) 現在妊娠していますか？ なし あり

現在授乳中ですか？ なし あり

●診察の時に、聞きたいことを書いておいてください。

ご協力ありがとうございました。診察まで今しばらくお待ちください。 福田ペインクリニック

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。 下記の□に✓がなかった場合、マイナ保険証による診療情報取得に同意したとみなします。 私はマイナ保険証による診療情報取得に同意しません。