外来診察問診表

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　令和　　年　　月　　日

● 本日はどうされましたか？ いつ頃からどんな症状がありますか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 今までに、食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？

（ いいえ ・ はい ） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● お薬・注射などで、気分が悪くなったことはありますか？

（ いいえ ・ はい ） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 現在、他の医療機関にて治療・投薬を受けていますか？

（ いいえ ・ はい ） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 今までにかかった病気（手術なども含む）などはありますか？

（ いいえ ・ はい ） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● １ヵ月以内に海外渡航歴はありますか？

（ いいえ ・ はい ） 渡航先（ 国名： 都市： ）

● 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ （ いいえ ・ はい ）

● お薬手帳はお持ちですか？ （ いいえ ・ はい ）

● アルコール類は飲みますか？ （ いいえ ・ はい ）

● タバコは吸いますか？ （ いいえ ・ はい ）

↓↓ 裏面もご記入下さい

● 直近１年間に特定健診及び高齢者健診を受けられましたか？

（ いいえ ・ はい ）

● マイナンバーカードをお持ちですか？ （ いいえ ・ はい ）

↓（“はい”と答えた方のみ下記もご記入下さい）

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ （ いいえ ・ はい ）

（お薬情報含む）

● 女性の方へお伺いします。

現在、妊娠又は妊娠している可能性はありますか? （ いいえ ・ はい ）

授乳中ですか？ （ いいえ ・ はい ）

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。