

# 問診票

ふりがな		性別	男・女	年令	才
氏名		生年月日	( 大正・昭和・平成・令和 ) 年 月 日生		
住所	〒		電話番号	( )	

● マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ  
 ※医療情報・システム基盤整備体制充実加算として、初診時に、マイナ保険証をご利用された方は2点、利用されなかった方は4点の加算となります。

● 今回受診の症状または理由をご記入ください。

①いつから ( )

②症状の該当する所に○をおつけください。

頻尿・血尿・排尿時痛・尿路結石・尿もれ・尿が出ない  
 骨盤臓器脱・健康診断再検査・男性更年期・ED・性病検査希望  
 その他 ( )

● 今までにかかった大きな病気や、現在治療中の病気はありますか？

なし・あり ( 高血圧症・高脂血症・糖尿病・心臓病・脳疾患  
 リウマチ・骨粗鬆症・肝臓病・がん・婦人科疾患  
 緑内障・その他 ( ) )

● 今までに、手術を受けたことはありますか？ あり・なし

(例) 平成8年 膝の手術、昭和63年 白内障の手術 など

( )

● 現在お薬を飲んでいますか？ はい・いいえ お薬手帳 あり・なし・未持参

※お薬手帳をお持ちの方は、記載を省略可能です。問診票と一緒にご提出下さい。  
 ※マイナ保険証による情報取得に同意された患者様については、記載を省略可能です。  
 (但し、直近1ヵ月以内の処方を除きます)

( )

● アレルギー(食物・薬剤等)はありますか？ あり・なし

( )

● 女性の方におたずねします。

①	生理中ですか？	はい ( 日目 ) ・ いいえ ・ 閉経
②	現在妊娠していますか？	はい ( カ月 ) ・ いいえ
③	妊娠の可能性はありますか？	はい ・ いいえ ・ 妊活中
④	現在、授乳中ですか？	はい ・ いいえ