

問診票

ふりがな お名前		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	
ご住所	〒			お電話番号			

本日はどうされましたか？あてはまる症状に☑を付けてください。

あてはまるものが無ければ、他欄にお書きください。

☐痛い（頭・喉・胸・腹部・背中・ほか）

☐発熱（現在 度）

☐鼻水

☐咳・痰

☐吐き気 ☐下痢 ☐動悸 ☐めまい ☐むくみ

☐手足のしびれ・硬直

☐検診などで指摘された（自覚症状なし 自覚症状あり）

☐他（主な症状： ）

いつ頃から症状が始まりましたか？

現在、治療中の病気はございますか？（*検診結果などお持ちの方は、ご提示願います）

いいえ

はい。→ 紹介状はお持ちですか → はい いいえ

現在、服用されているお薬があればお書きください。（お薬手帳があればご提示願います）

今迄にアレルギーを起こしたことがあるお薬があればお書きください。

過去に、入院・手術及び治療をされたことがあればお書きください。

病名： 時期：

喫煙されますか？	はい（一日 本位）	飲酒されますか？	はい（ほぼ毎日 時々）
----------	------------------------	----------	--------------------------

女性の方のみお伺いします。

☐妊娠している ☐授乳中 ☐どちらもあてはまらない

マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？

はい いいえ

ご記入いただきました個人情報は厳密に扱い、当院での診療及び治療などの業務以外に利用することはありません。

また、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おります。患者様の正確な情報を取得・活用させていただくためにも、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

医療法人
メディカルオフィス齋藤

 0283-22-0524

消化器内科（胃腸科）/循環器科/呼吸器科/脳神経内科/アレルギー科

〒327-0023 栃木県佐野市相生町24-1