

問診票

No. _____

フリガナ

男性・女性

お名前

様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

正確な情報を取得する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

〒 _____

ご住所

電話番号

携帯電話

① 今日はどうされましたか？いつから、どのような症状ですか？

体重 _____ Kg 熱 _____ °C

② コロナワクチン接種状況を記入して下さい

接種してない _____ 接種済（いつですか _____）

③ 現在お薬は飲んでいますか？

飲んでいない _____ 飲んでる（何の薬を _____ どちらの医療機関ですか _____）

④ おくすり手帳はありますか？ _____ ない _____ ある

⑤ 麻酔をかけたことはありますか _____ ない _____ ある

（例 ・歯を抜いた時 ・傷をぬった時 ・手術をした時 ・検査の時 など）

⑥ 注射・麻酔薬・飲み薬・ぬり薬などで具合が悪くなったり、かぶれたりした事がありますか？ _____ ない _____ ある（何の薬ですか？ _____）

⑦ アレルギーはありますか？ _____ ない _____ ある

・喘息 ・じんましん ・花粉症 ・アトピー ・その他（ _____ ）

⑧ ご家族にアレルギーの方はいますか？

いない _____ いる（どなたですか？ 父 母 兄 弟 子 孫 _____）

⑨ 女性の方にお伺いたします 現在（妊娠中・授乳中）ですか？ _____ はい _____ いいえ

⑩ 今までに、大きな病気やケガをした事があれば教えてください

_____ ない _____ ある（いつ頃 _____ 病名は _____）