

外 来 問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	男 性 ・ 女 性 ・ 他	
名 前				生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 [才]
住 所	〒 -				職 業	
電話番号					体 温	℃
携帯番号						
身 長	cm	体 重	kg			

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)

他の医療機関からの紹介状を持参していますか (はい ・ いいえ)

1. ・どのような症状ですか () ・いつ頃からですか () ・相談されたいことはございますか ()	
2. ・現在、他の医療機関に通院していますか (はい ・ いいえ) 病名 () 医療機関名 () ・現在、服用している薬 ありますか (はい ・ いいえ) 薬名 () ・お薬情報・お薬手帳を本日お持ちですか (はい ・ いいえ)	
3. 今までにかかった病気 についてお伺いします (1) 該当する 病気 を○で囲んで下さい 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 胃腸病 ・ 喘息 ・ がん 脳血管障害 ・ アレルギー性疾患 () ・ その他 () (2) 手 術 を受けたことがありますか (はい ・ いいえ) ・手術の種類 () ・年齢 (才) ・医療機関名 ()	
4. 薬や注射・食べ物で アレルギー（発疹等）が出たことはありますか いいえ ・ はい → 薬や食べ物の名前 ()	
5. 嗜好品 についてお答え下さい ・お酒 (1 日) ・たばこ (才より、1 日 本程度)	
6. この 1 年間で健診（特定健診・高齢者健診）を受けましたか (はい ・ いいえ)	
7. 過去 3 ヶ月以内に海外渡航歴はありますか (はい ・ いいえ) ・滞在期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ・渡航先 ()	
8. 女性の方 のみお答え下さい ・妊娠中ですか (はい [ヶ月] ・ いいえ) ・授乳中ですか (はい ・ いいえ) ・月経 (順調 ・ 不順) ・最終月経 (月 日 ～ 月 日)	

9. 佐倉中央病院をどちらでお知りになりましたか？

☐ ホームページ
 ☐ 市内看板広告
 ☐ 駅の広告
 ☐ 他院からの紹介
 ☐ 家族及び知人からの紹介
☐ 受診歴がある
 ☐ 救急搬送
 ☐ その他 ()

※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。

医療法人社団 愛信会 佐倉中央病院