

# 問 診 票

年 月 日

この問診票は初めての診察の際に参考にするためのものです。  
書きにくいところなどがあれば、空欄のままでも結構です。

ふりがな  
●氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 <sup>T</sup><sub>S</sub><sup>H</sup> \_\_\_\_\_ 年 月 日

●この問診票に回答されている方はどなたですか？

本人 / その他 ( \_\_\_\_\_ ) 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

●マイナンバーカード健康保険証（マイナ保険証）による診療情報取得について同意しますか？

同意する / 同意しない

●本日、同伴されている方はいますか？

●どんな症状があって、今日来られましたか？

(例) 不眠

●その症状はいつ頃から始まりましたか？

●その症状のために他の病院（医院）で診てもらったことがありますか？

ない / ある ( \_\_\_\_\_ ) 病院/医院)

●以前に、神経科を受診したことはありますか？

ない / ある ( \_\_\_\_\_ ) 病院/医院)

●差支えなければ、そのときの症状を教えてください。

●以前、神経科で入院したことはありますか？

ない / ある (いつ頃 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ) 病院/医院)

●現在治療中の身体疾患はありますか。

ない / ある (病名 \_\_\_\_\_ 通院先 \_\_\_\_\_ )

(服用中のお薬 \_\_\_\_\_ )

●以前に身体の大病をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？

ない / ある ( \_\_\_\_\_ )

●介護保険の認定を受けていますか

ない / ある (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )

●アレルギーがありますか？

ない / ある ( \_\_\_\_\_ )

●現在、同居しているご家族はどなたですか？

独り暮らし/父/母/夫/妻/子ども/孫/兄弟姉妹/その他 ( \_\_\_\_\_ )

●この病院については、どなたから紹介されましたか？

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。