

問診票 氏名： _____

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

① マイナ保険所証による診療情報提供に同意いただけますか	はい ・ いいえ
② 紹介状はお持ちでしょうか（お持ちの場合は受付にご提出ください）	はい ・ いいえ
③ 本日、受診に至った症状はどういったものでしょうか。	
④ 症状はいつぐらいから出ていますか どういった経過ですか	
⑤ 今までに大きな病気（入院や手術を要するもの）をされていたらご記入ください （※病名、かかった時期、医療機関名、治療内容など、記入可能な範囲で構いません。）	
⑥ 現在、どこかの医療機関に通院（もしくは訪問診療）されていますか。 医療機関名： _____ 病名： _____	
⑦ 緑内障の診断を受けたことはありますか。	はい ・ いいえ
⑧ 現在、使用しているお薬があればご記入ください（お薬手帳をお持ちでしたら、そちらをご提示頂ければ記入不要です）	
⑨ この1年間で、特定健診や高齢者健診を受診しましたか。受診していればご記入ください 受診時期（何月頃）： _____ 指摘事項（あれば）： _____	
⑩ 薬物、食べ物、その他アレルギーがあればご記入ください	
⑪ たばこ、アルコール、コーヒーなどの嗜好品があればご記入ください。 たばこ 1日 本ぐらい アルコール（何を） を 週に 回 1日に ぐらい コーヒーなど（何を） を 週に 回 1日に ぐらい	
⑫ 現在、妊娠中もしくは授乳中でしたら、（妊娠何週目 等）ご記入ください	
⑬ 院をどこで（何で）お知りになりましたか	

※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を努めています。
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します。

R06/06/01 R6/08/31

裏面もご記入ください

緊急連絡先①

フリガナ	
氏 名	
患者様との関係	
現 住 所	〒 -
電 話 番 号	自宅 () - 携帯 () -

緊急連絡先②

フリガナ	
氏 名	
患者様との関係	
現 住 所	〒 -
電 話 番 号	自宅 () - 携帯 () -