

( I D )

(受診日 年 月 日)

## 問 診 票

ふりがな 年月日(明・大・昭・平) 年 月 日(男・女)

氏 名 ( 才)

住 所 (〒 )

電 話 ( ) - - 携帯番号 - -

- 1) いつ頃から、どうなさいましたか。
  
- 2) 飲んでいるお薬があれば教えてください。
  
- 3) 今までにかかったことの病気を○で囲んでください。  
胃腸 肝臓 心臓 腎臓 脳卒中 コレステロール 糖尿病 がん 甲状腺 結核  
緑内障 前立腺 アトピー 花粉症 ぜんそく 高血圧  
手術を受けた病気 ( )
  
- 4) 血のつながった方に次の病気にかかられた方はいますか。○で囲んでください。  
糖尿病 高血圧 心臓病 脳卒中 がん 甲状腺
  
- 5) 薬を飲んだり、注射を受けて気分が悪くなったり、じんましんがでたことがありますか。  
いいえ はい→ ( )
  
- 6) アルコールは何をどの程度飲まれますか。  
ビール、ウイスキー、ワイン、焼酎、日本酒を ( )
  
- 7) たばこは吸われますか。  
いいえ 1日 本 年間 中止 年前
  
- 8) 女性の方にお聞きします。  
生理中(はい、いいえ) 妊娠中(はい、いいえ、わからない) 授乳中(はい、いいえ)
  
- 9) どちらかの医療機関にかかられていましたか。

本日、マイナンバーカードは持っていますか？ (はい、いいえ)