

問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前	(歳) (男 ・ 女)					
ご住所	〒					
電話番号		携帯番号				
緊急連絡先	(続柄)					
(未成年の方)保護者氏名	電話番号					
住所						

マイナ保険証を利用する方は☑を入れてください	☐マイナ保険証による診療情報取得に同意します
他の医療機関からの紹介状	無 ・ 有

今回の症状の経過(日時・体温など具体的に)	
これまでにかかった病気	無 ・ 有 ()
現在治療中の病気	無 ・ 有 ()
内服中の薬	無 ・ 有 ()
アレルギー	無 ・ 有 ()
1年以内の特定健診・高齢者健診	無 ・ 有 ()
BMI30以上	無 ・ 有 ・ わからない (身長 cm 体重 kg)
喫煙歴	無 ・ 有
妊娠の可能性	無 ・ 有
通勤・通学(登園)されていますか	いいえ ・ はい
最終出勤・通学(登園)日	月 日
所在地	
職種・学校(幼稚園・保育園)名	