予　診　票

ふりがな 氏　　名		受　診　日	年　　月　　日

症状	1. 今日はどうされましたか？　具体的な症状を教えてください。 それはいつ頃からですか？（　　）
	2. 下記の症状はありますか？　あれば〇をつけてください。 ない 鼻水　・　くしゃみ　・　咳　・　痰　・　だるさ　・　痛み（のど・頭・関節・筋肉） 食欲低下　・　腹痛　・　吐き気　・　嘔吐　・　下痢　・　味覚障害　・　嗅覚障害
	3. 今日の症状について何かお薬を飲まれましたか？ いいえ　・　はい　（　　）
基本情報	4. 現在治療中の病気はありますか？ ない ある（　糖尿病　・　呼吸器疾患　・　腎疾患　・　心疾患　・　高血圧　・　がん　） （　その他：　　）
	5. 現在内服中のお薬はありますか？　※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください ない ある（　　）
	6. 過去に大きな病気や入院・手術の経験はありますか？ ない ある（　　）
	7. たばこは吸いますか？　吸わない　・　吸う　（　　本/日　・　喫煙年数　　年　）
	8. お酒は飲みますか？　飲まない　・　飲む　（　　を　　本/日　）
	9. 女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？　いいえ　・　はい　（　妊娠中　/　授乳中　）
	10. 今までにお薬や注射で副作用がありましたか？ いいえ はい　（お薬の名前：　　/　副作用の症状：　　）
その他	11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　はい　・　いいえ
	12. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？　はい　・　いいえ
	13. この１年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか？　はい　・　いいえ

当院はマイナ保険証を通じて患者さんの診療情報の取得・活用により、より質の高い医療に努めています。
正確な情報取得・活用のため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。