



問診票（成人用）

受診日： 年 月 日

ふりがな 受診者名	年齢	生年月日 年 月 日 (職業：)
現住所	〒	
連絡先	自宅：	携帯電話：
緊急連絡先	(続柄：)	
同行者	本人のみ ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()	

マイナ保険証による診療情報取得に同意します	はい ・ いいえ
-----------------------	----------

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

相談したいこと/困っていることは何ですか？	
現在の身長： c m / 体重： k g	
紹介状はお持ちですか？	はい () ・ いいえ
現在当院以外の病院へ通院中ですか？	はい () ・ いいえ
現在服用中の薬 (お薬手帳のある方は医師または受付へお声かけください) ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、1か月以内の処方をご記載してください	
入院経験はありますか？	はい ・ いいえ
いつ頃：	病名：
いつ頃：	病名：
いつ頃：	病名：

裏面もあります 1/2

現在の生活について教えてください

食欲	3食食べている ・ 食べ過ぎている ・ 食欲なし
睡眠	就寝 () 時頃 / 起床 () 時頃 / 熟眠感: あり・なし
便秘	問題なし ・ 便秘気味 ・ 下痢気味
食物アレルギー	あり () ・ なし
薬剤アレルギー	あり () ・ なし
現在妊娠中	はい (週目) ・ いいえ
月経	順調 ・ 不順 最終月経: () 月 () 日頃

福祉手帳や年金について	
障がい者手帳	あり (精神 / 療育・愛護 / 身体) ・ なし ・ 申請中
自立支援医療証	あり ・ なし ・ 申請中
年金	あり (精神 / 老齢 / 遺族 / その他) ・ なし ・ 申請中

利用されたことのあるサービスはありますか？
訪問看護 (ステーション名:) ヘルパー ・ 就労継続支援A型 ・ 就労継続支援B型 ・ 就労移行支援 地域活動支援センター ・ 移動支援 ・ 保健所/保健センター ・ 児童相談所 グループホーム ・ その他 ()

当院を何で知りましたか？
紹介 (家族 ・ 友人 ・ 学校 ・ 会社) ・ 他病院/医院 ・ 看板 インターネット ・ その他 ()

※この問診票にて得られた個人情報については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます

ご記入ありがとうございました
受付スタッフへお渡しください