

高田医院 問診票

住所 (〒 _____)

ふりがな _____ (大正 昭和 平成 令和)

氏名 _____ 年 月 日生 (_____ 歳)

☎ (_____) _____ (携帯) _____

◎マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

(いいえ ・ はい)

◎当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの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。

1) 本日はどこが悪くて当院を受診されましたか？

2) 現在、治療中の病気がありますか？

いいえ はい (_____)

3) 以前に、大きな病気をなされたことがありますか？

いいえ はい (_____)

4) アレルギーと言われていますか？

いいえ はい (_____)

5) 注射、あるいはお薬で、気分が悪くなったり、発疹が
でたことがありますか？

いいえ はい (_____)

6) あなたは妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか？

いいえ はい (_____)

できる限り、早く診察をお受けになれますよう配慮させていただきます。

もうしばらくお待ちください。

(2 0 2 3 . 7)