

令和 年 月 日

氏名		歳	男・女	職業	
----	--	---	-----	----	--

- マイナ保険証を利用された場合、診療情報の取得に同意していただけますか？ ⇒ はい ・ いいえ
- 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ⇒ はい ・ いいえ

診 療 問 診 表

1) 今日どのような症状で来院されましたか？

[

・それはいつからですか？

]

2) 現在、治療している病気はありますか？

ない ・ ある ⇒ 心臓病・高血圧・肝臓病・結核・糖尿病・痛風
その他 ()

3) 過敏症(アレルギー) 体質や、薬や注射でアレルギーが起きたことはありますか？

ない ・ ある ⇒ 喘息・アトピー・花粉症・蕁麻疹
その他 ()
お薬の名前 ()
症状：発疹・血圧低下・はきけ・その他 ()

4) 過去に大きな病気をしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ 病名 () 何歳の頃 (歳)
手術名 ()

5) 海外渡航歴がありますか？

ない ・ ある ⇒ いつ頃 (年 月 上旬 中旬 下旬)
渡航先 ()

6) 女性の方へ、あてはまるものはありますか？

なし ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性 最終月経 月 日

※その他、気になることや心配なことがありましたら
担当医にご遠慮なくご相談ください。

社会福祉法人 勝楽堂病院
令和7年3月改正