

問診票

令和 年 月 日

診療科目	○で囲んでください		
	内科	肛門科	アトピー (※予約制)
ふりがな			
お名前			性別 (男 ・ 女)
生年月日	T・S・H・R	年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 —		
電話番号	自宅	携帯	
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 持っていない			

①紹介状はお持ちですか？	ある ・ ない
②現在の症状を簡単にご記入ください	
③上記の症状はいつごろからですか？	() 頃から
④他にかかりつけの病院はありますか？	ある ・ ない 病院名 () 病名 ()
⑤現在飲んでいるお薬はありますか？	ある ・ ない 【 お薬手帳 持っている ・ 持っていない 】
⑥食べ物でアレルギーはありますか？	ある ・ ない 具 体 的 な 症 状 ()
⑦当院を知ったきっかけは何ですか	・ 家族が来院中 () ・ 知人の紹介 () ・ 当院のホームページ ・ その他 ()

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。

下谷内科

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。