

### 問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	T・S・H・R 年 月 日( )歳
住所	〒		
連絡先	自宅	携帯	
緊急連絡先	氏名:	続柄:	- -

\*マイナ保険証で受付を行い、情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ  
(マイナンバーカード)

\*本日は、いつ頃からどのような症状で来院されましたか？

\*今までにかかったことのある病気や手術歴はありますか？ はい ・ いいえ

病名 手術歴

---

\*現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ

治療中の病気 病院名

---

\*現在、飲んでいるお薬(お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示ください)

なし ・ あり

---

\*薬や食べ物のアレルギー

なし ・ あり

---

\*この1年で神戸市の特定健診/高齢者健診を受けられましたか？ はい ・ いいえ

\*趣向

・飲酒:週( )日 種類・量( )

・喫煙:日( )本 禁煙した( )年前

\*女性の方

・現在、妊娠中 ・ 授乳中 ・ 該当なし (該当するものに○をつけてください) (最終月経: 月 日)

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。