

記入日： 年 月 日

坂上医院 問診票

ふりがな				
氏名				
生年月日・性別	年	月	日	男・女
住所	〒			
自宅電話番号				
携帯電話番号				
緊急連絡先 電話番号	(氏名)			続柄()
	身長	cm	体重	kg

①マイナンバーカードによる診療情報取得に同意されますか？

同意しない 同意する

②本日はどうされましたか？

③いつ頃からですか？

④現在治療中、または過去に治療した病気はありますか？

なし あり()

⑤現在服用中の薬はありますか？お薬手帳があれば提出をお願いします。

なし あり()

⑥薬や食べ物にアレルギーはありますか？

なし あり()

⑦お酒は飲みますか？

飲まない 飲む(ビール1日()本・焼酎1日()合)

⑧たばこは吸いますか？

吸わない 吸う(1日()本) 吸っていた(年前)

※女性の方のみ

現在妊娠中ですか？

いいえ はい(週目) 授乳中(生後 ヶ月) 妊娠の可能性あり

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致します。