問 診 票

記入日	年　月　日	I　D	
ふりがな		性　別	男　・　女
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日（　歳）
住　所	〒　－	介護保険	（65歳以上の方） ない ・ ある
ご自宅 電話番号	－　－	携帯番号	－　－
なにか信仰は おもちですか	ない ある → 宗教名 宗教に関して輸血を望まない等、治療に配慮の必要はありますか？ ある・ない		

受診希望科	内科	外科	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	神経内科	皮膚科

問診①　いつからどのような症状ですか？　（詳しく記入してください。）

いつからですか？

□今日　□昨日　□2日前　□3日前　□1週間前　□それ以上前から（　）

症状を記入してください。 □紹介状持参あり　□医師に直接お話しします。　（体温：　度）

問診②　マイナンバー健康保険証による診療情報取得について

同意する　・　同意しない　※マイナンバーカードをお持ちの方で薬剤等、診療情報の提供に同意される方はお申し出ください。

問診③　現在、他院でもらって飲んでいる薬はありますか？

ない　ある（お薬手帳持参あり ・ なし→医薬品名：　）

問診④　食品又は注射・内服で異常やアレルギー等をおこしたことがありますか？

ない　ある（食品又は医薬品等名：　）

問診⑤　いままでに他院で手術・検査・入院をしたことがありますか？

ない　ある（病院名：　）（手術・検査名：　）

問診⑥　いままでにかかっていた病気、治療していた病気はありますか？

ない　ある（疾患名：　）

問診⑦　今、尿が出ますか？

出る　出ない

問診⑧　現在妊娠している可能性はありますか？（女性のみ）

ない　ある　わからない　（最終生理日：　年　月　日）

問診⑨　以前に他院又は当院に入院したことがあれば、入院期間を記入してください。

年　月　日 ～　年　月　日

問診⑩　ここ1年以内に特定健診を受診されましたか？（40歳以上の方のみ）

受診していない　・　受診した（受診した日：　年　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お願いいたします。
※この問診表は診療・カルテ情報等に使用するものであり、その他の目的で使用することは一切ありません。

西尾病院
事務室
2026/4/1～