

問 診 票

西尾病院 事務室 2026/6/1～

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	〒 ー	介護保険	(65歳以上の方) ない ・ ある
ご自宅 電話番号	ー ー	携帯番号	ー ー
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。

登録

確認