

問 診 票 2

6. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。

() あり () ない

※ある場合原因及び症状などご記入ください。

()

7. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか。

() あり () ない

※ある場合受診時期及び指摘事項などご記入ください。

()

8. これまでに入院や手術を要する病気などしたことがありますか。

() はい () いいえ

※はいの場合、病名・時期・投薬及び期間などご記入ください。

()

9. (女性のみ)現在、妊娠中又は授乳中ですか。

() はい () いいえ

※はいの場合、妊娠週数・生後月数などご記入ください。

()

10. 治療に対する希望や質問など、自由にご記入ください。

()

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

() はい () いいえ

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ねがいたします。