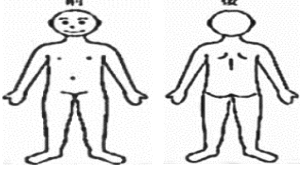


※ 問診票でお聞きすることは、治療を実施する上であなたの身体への影響を考えるととても重要な情報となりますので、同意の上ご記入下さい。特に女性の方は、妊娠の有無は治療や検査に変更が出ますので気になることはご相談下さい。

# 問診票

ご記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏名			年 月 日 ( 歳)
性別	男 ・ 女	身長/体重	cm / kg
記入者サイン	(続柄: )	今日の熱	°C

1. どのような症状でお困りですか また、その症状はいつ頃からですか	※具合の悪い箇所を記入してください 		
2. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか	( )頃から	はい ・ いいえ	渡航歴: 年 月 日 ~ 年 月 日 国名: _____
3. 同じ症状で他院を受診されましたか また、紹介状はありますか	他院受診: あり ・ なし	はい ・ いいえ	紹介状: あり ・ なし
4. 今までに病気で治療を受けたことがありますか(入院・手術)	病名: _____	はい ・ いいえ	時期: _____ 年前 病名: _____ 時期: _____ 年前
5. 現在、治療中の病気はありますか ある場合は病名をご記入ください (例: 高血圧・心疾患・糖尿病など)	病名: _____	はい ・ いいえ	
6. 現在、飲んでいる薬はありますか	薬品名: _____	はい ・ いいえ	
7. アレルギーはありますか ある場合はご記入ください (例: 造影剤・アルコール綿・卵・そば・ピーナッツ・牛乳・その他、食べ物や薬で発疹が出たことがある)	薬品名: _____ 食べ物: _____ その他: _____	はい ・ いいえ ・ わからない	
8. 信仰による食事や医療の制限はありますか	制限項目: _____	はい ・ いいえ	
9. 該当する項目に○を付けてください また、他に伝えたいことがあればご記入ください	杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ シルバーカー [ 目(視力) ・ 耳(聴力) ・ 口(会話) ・ 手 ・ 足 ]が不自由 その他( )	はい( 月) ・ いいえ	
10. 女性の方へ 妊娠していますか、その可能性はありますか 現在、授乳中ですか	はい( 月) ・ いいえ ・ わからない(最終月経 月 日より 日間)	はい ・ いいえ	

<b>【感染症法規定による検査協力の同意書】</b> ※感染症法施行規則第1条で規定される急性呼吸器感染症について、当院は調査医療機関に指定されています。	対象と判断される患者様に限り検体採取(鼻咽頭ぬぐい液)にご協力いただくことがあります。検体採取に『ご同意いただけない方』は下記の口に「✓」をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 同意しません
--	---

確認医師サイン \_\_\_\_\_

2025年7月 戸田中央総合病院

## 【保険証機能付きマイナンバーカード利用について】

当院では保険証機能付きマイナンバーカード(以下マイナ保険証)をご利用いただけます。  
マイナ保険証を使用した場合は以下の2点の情報を病院が使用する事が出来ます。

1.保険証の番号等の情報確認(従来の保険証と同様の利用方法です)

2.患者さまの手術/診療、お薬/健診の結果の確認

手術/診療、お薬/健診の結果に関しては同意をいただければ  
診察時に医師の判断で必要な患者さま情報を確認させていただき  
正確な情報を取得・活用し質の高い医療の提供に努めています。

※同意いただけない場合は従来の保険証機能のみを使用させていただきます。

【保険証機能付きマイナンバーカード利用同意書】

※保険証機能付きマイナンバーカードをお持ちの方のみご回答ください

同意します

同意しません