

⑥ 今までにお薬や注射、食べ物が合わなかった(じんましん、湿疹、ショック等)ことはありますか

1. ある(薬剤・食品名: ) 2. ない

⑦ (女性の方)授乳中または妊娠可能性はありますか 該当する方は□にチェック(レ)してください

1. ある( □授乳中 □妊娠中 □妊娠の可能性がある ) 2. ない

⑧ 生活習慣等について教えてください。

★ 睡眠時間(約 時間) 身長( cm) 体重( kg) わかる範囲で結構です

★ タバコは吸いますか 1. 吸っている(1日 本) 2. 以前吸っていた 3. 吸わない  
(アイコスなどの加熱式タバコ・電子タバコも含めてお答えください)

★ アルコール飲料を飲みますか 1. 毎日飲む 2. 時々飲む(週 日) 3. 飲まない

⑨ ご家系の方々の病気に○をつけてください(祖父母・ご両親・兄弟姉妹等)

糖尿病 高血圧 脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) がん(部位 ) 気管支喘息  
甲状腺の病気 リウマチ 膠原病 心筋梗塞・狭心症 原因不明の突然死 アトピー性皮膚炎

⑩ (マイナ保険証で受付された方)診療情報取得に同意していただけますか。

1. はい 2. いいえ

⑪ (40歳以上の方)この1年間で健診を受診されましたか(マイナ保険証からも情報収集可能です)

1. 受診した(特定健診・後期高齢者健診) 2. 受診していない

(健診で指摘された事項についてよろしければお教えてください)

---

---

---

⑫ 本日も受診くださったきっかけを教えてください。

1. 以前来院したことがある 2. 他の医療機関からの紹介(紹介状あり□) 3. ご家族・親類の紹介  
4. 友人・知人の紹介 5. インターネット・ホームページ 6. 看板・通りがかり 7. その他(

---

---

---

○当院はオンライン資格確認を行う体制を有しています。

○マイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得・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いたします。