

【 問診票 】 ID ()

記入日：西暦 2025 (令和 7) 年 月 日

ふりがな 氏名	()才	男 女
生年月日 西暦 ()年 ()月 ()日		
生年月日 昭和 ()年 平成 ()年 令和 ()年		
住所 〒		
電話番号	携帯番号	

吉岡クリニックにかかれた事はありますか？ はい いいえ

いつ頃から？ どうされましたか？

()

かぜ？ 熱(度) せき たん 鼻水 のどの痛み 頭痛 悪寒 関節痛

【インフルエンザワクチン接種】しましたか？ はい いいえ

今までかかった病気は？

()

現在治療中の病気は？ お薬は？

()

()

薬や食べ物のアレルギーは？

()

採血などで気分が悪くなった事は？ はい いいえ

現在 妊娠は？ はい いいえ 、 授乳は？ はい いいえ

お酒？ () タバコ？ ()

※ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ 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願いいたします。