

# 問診票

〈受診日〉 年 月 日

体温 ℃

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令
お名前		女		年 月 日(才)
住所	〒			
電話番号・携帯	( )			

本日はどのような症状で来院されましたか。

いつごろから	年 月 日頃から		
症状 あてはまるものに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 紹介状を持っている <input type="checkbox"/> 皮膚に何かできている <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> ケガをした( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
現在治療中の病気 はありますか あてはまるものに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風(高尿酸血症) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> がん(どこのがんですか? ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし		
今飲んで いるお薬を 教えてください	(お薬手帳をお出しいただいても結構です)		
薬・食べ物 のアレルギー はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください( )		
今まで 罹った大きな 病気や手術を 教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください( )		
身内の方に 次のような 方がいますか	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他( )		
タバコは 吸いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	アルコールは 飲みますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
マイナ保険証 による診療情報 取得に同意 しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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をお願いいたします。