

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日生
ご住所	〒	電話	(自宅)		
			(携帯)		

1 いつ頃からどのような症状でお困りですか。

1-1 いつ頃からですか。
 1～3日前から 1週間前から 1か月前から その他 () 前から

1-2 どのような症状ですか？
 動悸 息切れ・息苦しい 胸が痛む 脈が速い・遅い
 血圧が高い 血圧が低い むくみ めまい・ふらつき
 頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 熱が高い
 腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢 便秘
 吐き気 嘔吐 体がだるい 糖尿病 高脂質血症
 健康診断結果再検査、相談 ()
 その他の症状 ()

2 いままでにかかった病気についてお聞きします。

2-1 いままで下記に下記の病気にかかったことはありますか？
 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈
 肝疾患 慢性腎不全 脳卒中 狭心症・心筋梗塞
 がん () 貧血 喘息 閉塞性動脈硬化症
 甲状腺 うつ病 その他 ()

2-2 いままでに入院した病気がありましたら記入してください。
病 名 : _____

2-3 いままで手術した病気がありましたら記入してください。(上記と同じ場合は同上で結構です)
病 名 : _____

3 現在、治療中の病気についてお聞きします。

3-1 現在、他の医療機関を受診していますか？
 いいえ はい ※「はい」の場合は病名と医療機関名を記入してください。
病 名 : _____
医療機関名 : _____

3-2 お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。手帳をお持ちでない方は服用中の薬を記入ください。
※マイナ保険証による情報取得に同意された患者さんについては直近1ヶ月以内の処方薬を除き記載は不要
薬剤名 : _____

※裏面にもご記入ください

4 アレルギーや日常生活についてお聞きします。

4-1 いままでに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

●薬のアレルギー

いいえ はい 薬剤名： _____ 症状： _____

●麻酔（キシロカインなど）のアレルギー

いいえ はい 薬剤名： _____ 症状： _____

●食べ物のアレルギー

いいえ はい 食べ物名： _____ 症状： _____

4-2 日常生活について、お答え下さい。

●たばこについて

吸わない 吸っていた 吸っている

「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1) 2) にお答え下さい。

1) 1日に () 本くらい 2) () 年間くらい

●アルコールについて

飲まない 飲む

「飲む方」は、ご記入下さい。

毎日 週 () 日 月 () 日

お酒の種類：

1日に飲むお酒の量：

5 女性の方のみお答えください。

●妊娠中ですか

いいえ はい 分からない

●授乳中ですか

いいえ はい

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1 4点（2023/12末までは6点）

加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

マイナンバーカード 有 ・ 無 マイナ保険証による情報取得に同意する

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？（はい ・ いいえ）

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（はい ・ いいえ）

健診時期（ 年 月） 指導事項（ ）

～ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい～