

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ			生 年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日
氏名			男・女	(才)			
住所	〒 —		連絡先	自宅 携帯	—	—	—
身長	cm	体重	kg	体温	°C		

※個人情報につきましては当院での診療目的以外に使用しません。

- ☆ お薬手帳・検査結果・紹介状などをお持ちでしたらご提出お願いいたします。
 ☆ 当院では、正確な診療情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用をお願いしています。

- ① マイナ保険証で受付された方へ
 マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ
- ② 症状はいつからですか？
 今日 (時頃) ・ 昨日 (時頃) ・ 2-3日前 ・ その他 ()
- ③ 今日はどうされましたか。あてはまるものがあれば○印をつけてください。
 かぜ症状 (ねつ のど はな せき たん 関節痛 その他) 花粉症
 腹痛 便秘 下痢 おなかが張る 便に血が混じる
 胃痛 胃もたれ 胸やけ 食欲低下 げっぷ 吐き気
 むくみ めまい ふらつき 不眠 動悸 胸痛 息苦しい
 尿が近い 残尿感 排尿時痛
 健康診断でひっかかった 紹介状持参
 検査を受けたい (採血 腹部エコー 胃内視鏡 大腸内視鏡 心電図 レントゲン 尿)
 その他 ()
- ④ 現在治療中の病気はありますか？
 なし あり (病名 ;) 病院名 ()
- ⑤ 現在服用している薬があれば教えてください。お薬手帳があればご提示ください。
 なし あり (薬の名前 ;)
- ⑥ 過去に入院や手術を要する大きな病気にかかったことがありますか？
 なし あり (病名 ;)
- ⑦ 薬や注射、食べ物などでアレルギー (じんましんや気分不良) を起こしたことはありますか？
 なし あり (薬や食品の名前 ;)
- ⑧ 女性の方で妊娠の可能性や授乳中の方はお知らせください。
 妊娠の可能性 なし あり 分からない (最終月経日 月 日)
 現在妊娠中 (週)
- ⑨ その他ご相談やご希望されることがあればお書きください。

- ☆ 当院をどのようにして知りましたか？
 ご家族 ・ ホームページ (パソコン・スマートフォン) ・ ご近所 ・ 看板
 知人 (紹介者 ;) ・ その他 ()