

再診問診票

フリガナ
お名前

令和 年 月 日

〒	—	連絡先	自宅	—	—
住所			携帯	—	—

※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。

- ☆ 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

当てはまる項目すべてに○印をつけて下さい

- ① 今日はどうされましたか？

- ・ 症状があり診察希望
- ・ 健診・ドックで異常があった
- ・ 検査結果（採血・胃カメラ・大腸カメラ・ピロリ菌・その他）を聞きに来た
- ・ 薬が欲しい
- ・ 前回の続き（変わりなし・悪化している・よくなっている・ぶり返した）
- ・ 検査希望（採血・胃カメラ・腹部エコー・大腸カメラ・ピロリ菌・その他）
- ・ その他ご相談（

以下の項目も分かる範囲で結構ですのご記入ください

- ② 症状はいつ頃からですか？

- ・ 今日（朝・昼・ 時ごろ）
- ・ 昨日（朝・昼・夜・ 時ごろ）
- ・ 2-3日前 ・ その他（

- ③ どのような症状がありますか？

- ・ 発熱（ 度） ・ 寒気 ・ のどの痛み ・ 頭痛
- ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻つまり
- ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気・嘔吐 ・ 血便
- ・ 便秘
- ・ 胃痛 ・ 胸やけ ・ 胃もたれ

- ・ その他（

- ④ 上記症状について他院を受診されましたか？ はい（病院名； ） いいえ

- ⑤ 症状に対して薬（市販薬も含む）をのみましたか？お薬手帳があれば問診票と一緒にお出し下さい。

- ・ はい（薬の名前； ） いいえ

- ⑥ 現在治療中の病気はありますか？

ありません・高血圧・糖尿病・脂質異常症・心臓病・不整脈・脳梗塞・腎臓病・アレルギーぜんそく・花粉症・緑内障・前立腺肥大症・がん（ ）・その他（ ）

- 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）

ご記入ありがとうございました。