

体温 °C

問 診 票

小学生以下の方は体重を記入してください (. kg)

ふりがな

お名前

性別 男・女

生年月日 T . S . H . R

年 月 日

年齢

歳

〒 ー

職業：会社員・自営業・学生・主婦・その他 ()

住所

電話番号 (自宅)

(携帯)

①当院を受診されたのは・紹介されてきた→ご紹介者 _____

ホームページ・近所だから・職場が近い・インターネットなど口コミ・看板を見て・その他

②マイナンバー (マイナ保険証) で受付された方

マイナ保険証(マイナンバーカード) による診療情報取得に同意したか はい・いいえ

③他の医療機関からの紹介状を持っているか

はい・いいえ

※いつ頃からどのような症状ですか？

月

日頃から

症状を記入してください⇒

④いままでにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

無 ・ 有

有を選択された方 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓の病気 ・ 腎臓の病気 ・ 胃の病気

・ 心臓の病気 ・ 喘息 ・ 膀胱の病気 ・ 蕁麻疹等のアレルギー疾患

・ その他 (

)

現在治療を受けてる医療機関名

いつ頃から

年

月

⑤現在内服されているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

無 ・ 有

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

(

)

⑥現在までに薬や食物で、アレルギーやショック状態になった事がありますか。

(有の場合は具体的にご記入ください)

無・有⇒

飲めない薬 無・有 (錠剤・粉・カプセル)

⑦手術を受けたことはありますか？ (有の場合は具体的にご記入ください)

無・有⇒

⑧この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診) をうけましたか。 無・有

有の場合、健診結果で指摘事項はありましたか (無・有→

)

⑨輸血 (輸血製剤) を受けたことはありますか？ (有の場合は具体的にご記入ください)

無・有⇒

⑩お酒飲みますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方⇒ ・ 毎日

を くらい

・ときどき

を

くらい

⑪タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ

電子たばこですか？ はい・いいえ

「はい」の方⇒毎日

本くらい

・ときどき

本くらい

⑫女性の方のみにお伺い致します。

・ 一番最近の生理はいつですか？ 月 日～ 日まで

・ 現在、妊娠してる可能性はありますか？ はい・ いいえ ・ 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

★当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。

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ます。 2023.10.25