

ID _____

問診票

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性別	生年月日：昭和・平成・令和・西暦
氏名		男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	(携帯) () (自宅) ()		
緊急連絡先	()	続柄	
1	マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 当院は診療情報の取得・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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします。		
2	他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3	どのような症状で来診されましたか？ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃部痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 尿色の異常や泡立ち <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された		
4	現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症・脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞） <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肺や気管支の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> がん（ ） <input type="checkbox"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> その他の病気：（ ）		
5	現在服用している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬剤名： ） *お薬手帳、またはお薬の内容が分かるものがあればお見せください。		
6	薬や食べ物でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（名前： 症状： ）		
7	この1年間で健康診断を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（時期： 指導事項： ）		
8	喫煙・飲酒についてお答えください。 たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日を 年ほど） <input type="checkbox"/> 吸っていたが止めた アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（種類と量： ）		
9	女性の方のみお答えください。 妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 週） 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
10	当院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可） <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		