

問診票

診察の参考にさせていただきますので、以下の質問にお答えください。

年 月 日記入

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
氏名			年 月 日 (歳)
本人以外の緊急連絡先	☎:	氏名()	続柄()
体重	kg→ ※12歳以下のお子様は必ず	体温	℃→ ※計測の必要がある方のみ

当院はマイナ保険証が利用可能のため、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。

当院では診療情報を取得・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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

[1] 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から・症状

[

]

[2] 現在、他の医療機関に通院していますか？ また、服用中のお薬はありますか？

- いいえ
- はい ※お薬手帳を受付窓口にお渡してください。

医療機関名: [

]

治療内容/病名: [

]

[3] 今までに病気やけがで入院したことや、手術受けられたことがありますか？

- いいえ
- はい

[

]

[4] 今まで注射や薬で副作用(ショック、発疹、気分不良など)がありましたか？

- いいえ
- はい

薬剤名/症状: [

]

[5] タバコはお吸いになりますか？

[6] お酒はお飲みになりますか？

- いいえ
- はい [本/日 位]
- 以前は吸っていたが、今は止めている

- 飲まない
- ときどき飲む
- ほとんど毎日飲む

[7] この1年間で健診(特定健診など)を受診しましたか？

- いいえ
- はい

[8] 女性にお尋ねします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

- いいえ
- はい (妊娠 月)
- わからない
- 授乳中 (産後 月)

ありがとうございました。後ほど診察の際に医師に詳しくお話しください。
※ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。