

問診票

ふりがな	
氏名	

男・女 生年月日 大正・昭和 年 月 日生
平成・令和 () 歳

〒 -

電話番号 () -

携帯番号 () -

体温： °C

身長 cm / 体重 kg

1. どのような症状ですか？

[Empty box for symptoms]

当院をどのように知りましたか？

家族 ・ 知人 ・ 通りがかり
広告 ・ ホームページ

2. いつからですか？

月 日 頃から

3. 今日の症状のことで当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい (医療機関名) ・ いいえ

4. 過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

はい (お薬手帳を受付にお出してください) ・ いいえ

高血圧症 高脂血症 糖尿病 腎臓病 肝臓病 心臓病

脳血管障害 消化器疾患 呼吸器疾患 甲状腺障害 前立腺肥大 緑内障

その他 ()

5. 現在服薬中のお薬はありますか？

はい (お薬手帳をお出しいただく方は記入不要です) ・ いいえ

[Empty box for current medications]

6. アレルギーはありますか？

はい (薬剤： 食べ物： その他：) ・ いいえ

7. 現在たばこを習慣的に吸っていますか？ (電子たばこも含む)

はい (1日 本× 年) ・ いいえ (禁煙 年)

8. 飲酒の頻度と飲む量について

毎日飲む ・ 時々飲む ・ ほとんど飲まない ・ 全く飲まない 飲む方は→ (合/mlくらい)

9. 女性の方へ

①現在妊娠の可能性はありますか？

妊娠中 (予定日 年 月頃) ・ 可能性あり ・ なし

②現在授乳中ですか？

はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・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お願いいたします。

◆医療情報取得加算1 (マイナンバー利用なし) 3点、医療情報取得加算2 (マイナンバー利用あり) 1点