

# 問診票

ふりがな	生年月日	大正・昭和・平成・令和	性別
氏名	年	月	日生
	歳		男・女
ご職業			
〒 住所			
緊急連絡先 TEL (自宅)                    -                    -                    (携帯)                    -                    -			
○ 身長	cm	○ 体重	kg
		○ 体温	℃

- ① どのような症状でご来院されましたか。以下より選んで○で囲んでください。
- 発熱 頭痛 咽頭痛 鼻水 せき たん 息苦しい 動悸 胸痛 めまい 吐き気 嘔吐 腹痛  
下痢 便秘 食欲不振 倦怠感 腰痛 関節痛 排尿異常 不眠 かゆみ 発疹 花粉症  
検診で異常を指摘された その他 ( )
- その症状はいつからありますか。 (分かる範囲で具体的に )
- ② マイナ保険証による診療情報提供に同意しましたか。 ( はい ・ いいえ ・ 利用していない )
- ※ 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。ぜひ、ご利用ください。
- ③ この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか。 ( はい ・ いいえ )
- ④ 今までに、あるいは現在かかっている病気はありますか。( )
- ⑤ 現在、ほかの医療機関に通院していますか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑥ 服用している薬はありますか。 ( ある ・ ない ) ※ ある方は、お薬手帳をご用意ください。
- ⑦ アレルギーはありますか。 薬物 ( ) 、食物 ( )
- ⑧ タバコを吸いますか。
1. 吸う ( 歳から、1日 本 )
2. 吸っていた ( 歳から 歳まで )
3. 吸わない
- ⑨ お酒を飲みますか。
1. 飲む ( 何を 、 酒量は / 日 )
2. 飲まない
- ⑩ 女性の方のみお答えください。
- 現在、妊娠中ですか。 ( はい ・ いいえ ・ わからない )
- 現在、授乳中ですか。 ( はい ・ いいえ )
- ⑪ ご来院のきっかけを教えてください。
- ・ 自宅の近所 ・ 知人の紹介 ・ 通りがかりに知った ・ 看板 ・ ホームページ ・ グーグル検索  
・ 他院からの紹介 ( 紹介状 有 ・ 無 ) ・ その他 ( )

この問診票を、ご本人の同意なく、第三者に開示することは一切ありません。