

問診票

来院時の体温 (. °C)

記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)
氏名	男・女	電話番号	
住所	〒		
職業	身長・体重	() cm	() kg

※マイナ保険証をお持ちですか？ なしあり→診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

当院はマイナ保険証の利用を通じて、診療情報取得・活用し、質の高い医療の提供に努めております。

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致します。

本日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 (色：) <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 熱 (. °C) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> その他 ()
ご希望の検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
症状はいつ頃からですか？	約 () <input type="checkbox"/> 日前～ <input type="checkbox"/> 週間前～ <input type="checkbox"/> ヶ月前～ <input type="checkbox"/> 年前～
現在治療中の病気や過去に手術・治療を受けられたことがありますか？	病 気： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 新型コロナ (年 月頃) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 () 手術歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳頃 術名：)
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受診されましたか？	いいえ <input type="checkbox"/> ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載不要。 はい <input type="checkbox"/> (健診日： 年 月 日指摘されたこと：)
現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬名：) ※マイナ保険証による診療情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方を除き記載不要。 ※お薬手帳があれば受付にご提出下さい。
食べ物・花粉・お薬でのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> お薬 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () 花粉 <input type="checkbox"/> () 症状：【 】
喫煙と飲酒について	喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う () 本/日× () 歳～ () 年間 <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前に禁煙) それまで () 本/日× () 年間 飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (頻度：週 回 / 種類・量：)
ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
最近、海外又は温泉に行きましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (頃 場所：)
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中 (週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 特になし
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 () →紹介状あり・なし <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人・家族 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()