



問診票

受診日:20__年__月__日

ふりがな _____

氏名 _____ 男・女 (_____) 歳 生年月日: 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

住所 _____ 携帯番号 _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg 職業: _____ (立ち仕事 _____ 時間× _____ 年)

アレルギー (花粉症以外) について

・喘息 (なし・あり) ・薬剤アレルギー (なし・あり: _____) ・その他 (_____)

★女性の方へ

・妊娠の可能性 (なし ・ 妊娠中) ・出産の経験 (なし ・ あり: _____ 回) ・授乳中

1. 今回どのような症状で受診されましたか (いつ頃から _____)

2. これまでに、その症状で診察・治療を受けたことがありますか

いいえ ・ はい: 診断のみ・治療を受けた (病院名: _____)

3. 現在、病院に通院している方は病名・治療内容を教えてください

- 1) 病名 (_____) 治療内容 (_____) 病院名 (_____)
- 2) 病名 (_____) 治療内容 (_____) 病院名 (_____)
- 3) 病名 (_____) 治療内容 (_____) 病院名 (_____)

その他 あてはまる病歴をすべて○で囲んでください。

高血圧・脂質異常症・糖尿病・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・肺塞栓症・深部静脈血栓症
肝炎・甲状腺疾患・婦人科疾患・膠原病・変形性膝関節症・脊柱管狭窄症・骨粗鬆症
癌 (_____) その他 (_____)

4. 現在飲んでいるお薬はありますか

なし・あり (薬剤名 _____) お薬手帳を確認いたします

5. この1年で健診を受診されましたか

いいえ ・ はい (指摘事項 _____)

6. 喫煙についてお伺いします

吸わない・吸う 本/日 (喫煙歴: 才~ 才) ・やめた方 (喫煙歴: 才~ 才)

7. 飲酒についてお伺いします

飲まない・飲む 日/週 (飲酒歴: 年) ・やめた方 (飲酒歴: 年)

当院はマイナ保険証の利用や問診票などを通じて、診療情報を取得、活用することで質の高い医療の提供に努めている医療機関 (医療情報取得加算の算定医療機関) です。

マイナ保険証による診療情報取得に 同意する 同意しない

【医療情報取得加算】

◎保険証・マイナ保険証 初診時 1 点