



問診票

ID()

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 _____)
下肢静脈瘤 その他 (_____)

当てはまる症状に○をつけてください (右脚 / 左脚 / 両脚)

見た目が気になる・疲れやすい・足がつる (こむらがえり) ・むくみ・痛み・熱くなる
かゆみ・湿疹・色がついた・潰瘍・その他 (_____)

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. 血縁の方に肺塞栓症、深部静脈血栓症を起こした方はいますか? いいえ・はい
血縁の方に下肢静脈瘤の方はいますか? いいえ・はい (続柄 _____)

4. 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 (_____)

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 (_____)

5. 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

6. 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 _____)

7. 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)

8. 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