

問診票

体温 _____℃

ふりがな

お名前 _____

性別 男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

年齢 才

住所 〒 _____

携帯電話(なければご自宅の電話番号) _____

①どうなさいましたか？ (当てはまる項目に○をつけてください)

【かぜ症状】

熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い ・ 倦怠感

【頭・目】

頭痛が続く ・ めまいがする

【胸・からだ】

胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 胸の違和感 ・ 胸やけ ・ 顔や体のむくみ

【お腹】

胃痛 ・ 吐き気/嘔吐 ・ 食欲がない ・ 腹痛 ・ お腹が張る ・ 下痢 ・ 便秘

【尿】

頻尿 ・ 血尿 ・ 排尿時痛

【その他】

症状は、いつからですか？

〔 _____ 〕 〔 _____ 〕

※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください

②この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか？

いいえ ・ はい (年 月 日)

③今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある (_____)

④現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？

ない ・ ある (_____)

⑤お薬や食物などでアレルギーがでたことはありますか？

ない ・ ある (_____)

⑥お薬処方の関係上、お子様(15才以下) は直近体重を教えてください。 _____ Kg

⑦《女性の方のみ》 現在、妊娠中ですか？ いいえ ・ はい

_____ 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい

⑧ タバコは吸っていますか？ はい → 1日 _____ 本 _____ 年間

いいえ・やめた → _____ 年前 1日 _____ 本 _____ 年間

⑨ 飲酒しますか？ はい → _____ を _____ ml _____ 回/ 週 or 月

いいえ

⑩ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ ・ はい

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。

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をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 【初診時】マイナ保険証利用しない場合→6点、利用する場合→2点

【再診時】マイナ保険証利用しない場合→2点、利用する場合→加算なし