

問診票

診察券番号

受診日 令和 年 月 日

患者さんの状態を把握し、安全に治療をすすめるためにできる限り正確にお書き下さい。

書ききれない場合は、診察時にお話し下さい。

おくすり手帳や、医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付にてあらかじめご提示下さい。

(ふりがな)

生年月日

明・大

お名前

男・女

昭・平・令

年

月

日

( 歳)

〒

自宅

ご住所

電話番号 携帯

勤務・通学先

ご職業

▼当てはまる症状を○で囲んで下さい。

- 発熱    せき    鼻水    たん    のどの痛み    吐き気    腹痛    下痢    おう吐    便秘
- 頭痛    動悸    胸痛    息切れ    めまい    だるさ    ニキビ    巻き爪(右・左)    むくみ(右・左)
- 痛み    }    場所に○を囲んで下さい
- かゆみ    }    あたま    かお    せなか    おしり    おなか    その他の場所(    )
- 湿疹    }    うで    右    ・    左
- きず    }    あし    右    ・    左
- その他(    )

▼いつからですか? 今日・(    )日前・(    )カ月前・(    )年前

▼現在治療中の病気、または過去に治療をした病気はありますか?

なし・あり → 糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・脳疾患・がん(    )  
その他(    )  
通院中の病院名(    )

▼現在使用中のお薬やぬり薬はありますか? ※マイナ保険証にて同意された方は省略可能です

なし・あり → お薬名(    )    おくすり手帳をご提示下さい

▼薬や食べものでアレルギー症状が出たことはありますか?

なし・あり → 食品名(    )    薬品名(    )

▼たばこを吸ったことがありますか?

なし・あり → (    )本/日 (    )年間    禁煙した:(    )才の時

▼アルコールを飲みますか?

いいえ・はい → ビール・焼酎・ワイン・日本酒(    )杯を、毎日・週に数回・月に数回

▼健康診断を受けていますか? ※マイナ保険証にて同意された方は省略可能です

いいえ・はい → 年 月ごろ受診し結果は 問題なし・問題あり(    )

▼来院のきっかけは何ですか?

知人の紹介・他の病院からの紹介・看板を見て・ホームページを見て・近所にお住まい

▼女性の方へ

妊娠中ですか? いいえ・はい(    )カ月    授乳中ですか? 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いたします。