

問診票

受診日 年 月 日()

フリガナ		生年月日 大・昭・平 年 月 日
氏名		性別・年齢 男・女 歳
住所	〒	
電話番号	自宅：() 携帯： - -	
ご職業	会社員 / 大学生 / 高校生 / 主婦(夫) / パート・アルバイト / 無職 / その他()	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
他の医療機関からの紹介状はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この1年間で健診を受診しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> のどが痛い その他・具体的に []
現在、他の医療機関に通院していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記「はい」の方	医療機関名 受診日 / 治療内容
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[部位]
いつから	<input type="checkbox"/> 昨晚 <input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> ()日前
現在もっている病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、脳梗塞) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他() 具体的に(いつから発症または治療を開始したかをお書きください。) []
現在飲んでいるお薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	薬のなまえ(具体的に お薬手帳がありましたら、そちらをお見せください。) []
過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、脳梗塞) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫垂炎(盲腸) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他() 具体的に(いつ、どのような治療～手術を行ったかをお書きください。) []
家族の既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病気のあった家族(○で囲んでください。) 父・母・兄・弟・姉・妹 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い []
薬・食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	該当する薬や食べ物のなまえ []
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた()まで吸っていた) 1日平均 ()本 × ()年間
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> やめた()まで飲んでいて) 飲酒回数： <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週()日 <input type="checkbox"/> 毎日 平均飲酒量/日：ビール()本 ワイン()杯 その他()杯
* 女性の方のみお答えください。 現在妊娠中および妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 生理中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
※医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)