

問診票

受診日

氏名

(ID:)

身長

cm

体重

Kg

体温

℃

下記の質問にお答えください。

新型コロナウイルス感染症/インフルエンザの検査を希望しますか。(希望する場合チェック)

◇ マイナ保険証による診療情報取得について

同意する 同意しない 利用していない

◇ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

いいえ はい ※「はい」の場合は4.以降からご記入ください。

1. いつ頃からですか。

()日前から ()週間前から ()ヶ月前から ()年前から

2. どのような症状ですか。

熱 せき 鼻水 のどの痛み 息苦しさ
 お腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢 便秘
 吐き気 嘔吐 めまい 体がだるい 頭痛
 健康診断結果再検査、相談
 その他の症状 ()

3. この症状で、検査や治療を受けていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬をご記入ください。
()

4. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

5. 現在治療中の病気やこれまでににかかった大きな病気がありましたらご記入ください。
()

6. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名：

※※※ 裏面もご記入願います。 ※※※

7. (40才以上の方) 過去1年以内に健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入ください。

受診時期： 年 月 指摘事項： _____

8. 内服している薬(サプリメント等含む)がある場合は、ご記入ください。お薬手帳をお持ちの方は診察時にお出してください。

内服中の薬(サプリメント)： _____

9. 今までに薬や食べ物、アルコールでアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

・薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	薬剤名： _____	症状： _____
・食べ物のアレルギー	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	食べ物： _____	症状： _____
・アルコールのアレルギー	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	症 状： _____	
・その他のアレルギー	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	アレルギー名： _____	症状： _____

10. 日常生活について、おたずねします。

・たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、①、②にお答えください。

① 1日に()本くらい ② ()年間くらい

・アルコールについて 飲まない 毎日 週()日 月()日

※「飲まれる方」は、ご記入ください。 お酒の種類： _____ 量： _____

11. 女性の方のみお答えください。

・妊娠中ですか。 いいえ 妊娠中()週目 可能性あり
・授乳中ですか。 いいえ はい

12. ご希望の医師はいますか。

いいえ はい()医師

13. (受診歴のある方) 前回受診日以降、住所及び電話番号に変更はありませんか。

なし あり 住所 _____

電話番号 _____

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

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お願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時)：1点、(再診時)：1点(1回/3ヶ月)