

問診表

フリガナ

令和 年 月 日

【氏 名】

【性 別】 男 ・ 女

【生年月日】 昭 ・ 平 - 令 年 月 日

【年 齢】 歳

【住 所】 〒

【電話番号】 【自宅】 () -

【携帯】 - -

【緊急連絡先】 名前

【続 柄】

電話番号

① 今日の受診の理由はどれですか。○をつけてください。

(1) からだの調子が悪い

(2) 他院からの紹介 (医療機関名 …)

(3) 健康診断、人間ドックなどで、内科を受診するようにいわれた

(4) その他 ()

それはどのような症状ですか。

上記の症状はいつからですか。(から)

頻度はどのくらいですか。 ⇒ 毎日 ・ 時々 ・ 1回のみ

② 今までに下記の病気にかかった、言われたことはありますか。○をつけてください。

なし 糖尿病 肝臓病 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍 ぜんそく

高血圧 心臓病 脳出血・脳梗塞 前立腺肥大 緑内障 結核

その他の病気 ()

手術 ()

③ 現在、治療を受けている病気がありますか。

病名 () 病院名 ()

内服薬 (なし ・ あり ⇒ 薬の名前)

薬手帳 (なし ・ あり)

④ 薬や食品で、アレルギーがありますか。

いいえ ・ はい ()

⑤ 女性の方にお尋ねします。妊娠中もしくは授乳中 ですか。

いいえ ・ はい ⇒ 妊娠中 ・ 授乳中

⑥ 嗜好品についてお尋ねします。

たばこ … 吸わない ・ 吸っている (本/日) ・ やめた

アルコール … 飲まない ・ 飲む ⇒ (飲酒量は / 時々 ・ 毎日)

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。