

問診票

個人情報保護法に基づき、ご提供頂いた情報は診察・健康管理の目的以外に使用することはありません。

(ID:) 記入日 年 月 日

ふりがな	性別	職業
氏名	男・女	
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
現住所 (〒 -) ※アパート、マンション名もご記入ください。		
自宅電話番号	緊急連絡先	氏名 続柄 ()
携帯電話番号	電話番号	
<p>・本日『マイナ保険証』を利用されますか？ はい・いいえ</p> <p>上記で『はい』の場合、オンライン資格確認・診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		

1. 本日はどのような症状ですか？

2. その症状はいつからですか？ きっかけはありますか？

3. その症状の部位を右図に示してください。

4. 本日の症状で他の医療機関を受診した事がありますか？

ない・ある [医療機関名]

[紹介状 ある ・ ない] 受付に御提出ください

5. 現在、他の医療機関で処方されているお薬はありますか？

ない・ある [薬剤名]

[医療機関名]

お薬手帳をお持ちの方は御提出ください (持っていない ・ 忘れた)

6. 現在までに薬・注射・食べ物などにアレルギー・じんま疹等の症状がでたことがありますか？

ない ・ ある [種類 症状]

7. これまでに以下のような病気があると医師からいわれたことがありますか を入れてください

なし 高血圧 心臓病 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病 貧血

脂質異常症 高尿酸血症 消化器系疾患 呼吸器系疾患 婦人科系疾患

神経系疾患 心療内科系疾患 その他 []

8. 現在までに手術をしたことがありますか？

8・ 年齢 歳 病名(手術名) 医療機関名

・ 年齢 歳 病名(手術名) 医療機関名

・ 年齢 歳 病名(手術名) 医療機関名

9. この1年で『特定健診』又は『高齢者健診』を受診されましたか。

はい ・ いいえ ・ わからない ・ その他の健康診断

10. 女性の方へ 現在妊娠されていますか？

いいえ ・ はい [現在 週] ・ わからない ・ 妊娠を希望し通院中

11. 65歳以上の方へ 現在、介護認定を受けていますか？

非該当・要支援・要介護 [段階: 事業所名: 担当ケアマネ:]

