

# 問診票

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します

▶ 記入日

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	(大正・昭和・平成) 西暦 年 月 日	
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 市 区			
連絡先	携帯	— —	自宅	— —
	緊急時	— —	氏名	続柄 ( )
↓ <u>お電話させていただく場合がありますので、ご協力お願いします</u>				
来院中の急変、検査結果の緊急異常値、処方箋の変更・追加がある場合、ご本人と連絡がつかない場合等				

## 1. 本日はどうなされましたか？来院目的を教えてください

いつ頃から…  ところが…

どのような症状…

## 2. その症状で他院へ受診されましたか？ いいえ

はい (診断:  病院名: )

## 3. 紹介状や健診(検診)結果などはありますか？ なし あり→お出し下さい

## 4. 次の病気にかかったことがあれば○を付けて下さい

高血圧・糖尿病・高脂血症・心疾患・腎疾患・肝疾患・喘息・脳梗塞・緑内障・前立腺肥大・癌

## それ以外で過去に治療を受けた病気や入院・手術はありますか？

病名  (いつ頃)  病名  (いつ頃)

## 5. 現在治療中の病気はありますか？ なし

病名  病院名  (処方あり・定期通院中または経過観察中)

病名  病院名  (処方あり・定期通院中または経過観察中)

病名  病院名  (処方あり・定期通院中または経過観察中)

▶本日お薬手帳の持参 なし あり→診察時に看護師へお出し下さい

## 6. アレルギーについて 薬や食品で発疹やショック等を起こしたことはありますか？

なし あり 原因  症状

## 7. 飲酒・たばこ (電子たばこを含む) について

飲酒 飲まない 飲む (種類: 量: )、毎日 ほぼ毎日 時々)

たばこ 吸わない 吸う (1日 本) 過去に吸っていた

## 8. 家族に次のような病気の方がいれば○を付けて下さい → 高血圧/糖尿病/高脂血症

## 9. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？(複数回答可)

以前通院→診察券をお出し下さい 家族が通院 ホームページ インターネット

他院からの紹介 (  ) その他 (  )

## 10. 女性の方 妊娠中 (妊娠 週目) 授乳中 ( ヶ月) 妊娠の可能性あり いずれでもない