

問診票

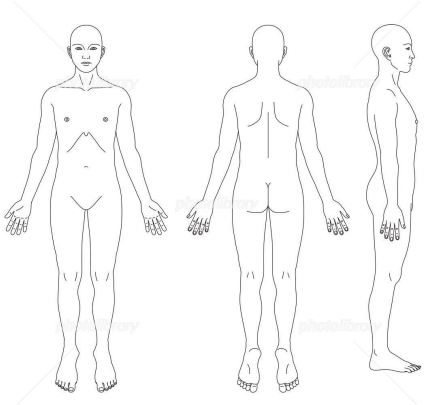
(ふりがな)
お名前 : _____ 様 (男 ・ 女)

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
〒 _____ - _____

ご住所 : _____

連絡先 自宅 : _____ - _____ - _____	身長 _____ cm
携帯 : _____ - _____ - _____	体重 _____ kg

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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします
・マイナ保険証の診療情報取得に同意しますか？ 同意する 同意しない
・この一年間に特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ はい いいえ

本日はどうなさいましたか？ 症状のある部位に○をつけてください 	<input type="checkbox"/> 頭痛 → <u>頭痛の方は頭痛問診票の記入をお願いします</u> <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（紹介状は受付へ提示ください） <input type="checkbox"/> その他（症状を記入してください） その症状は _____ いつ頃からですか？ _____
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい _____
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい (_____ 歳) (_____ 年) _____
現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提示ください	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい _____
喫煙は？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (_____ 本 / 日 _____ 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (_____ 年前から)
飲酒は？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 _____ 日) 種類 / _____ 量 / _____
お薬や食品のアレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし _____ <input type="checkbox"/> あり _____
女性の方へ 妊娠またはその可能性がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)