

# 問 診 票

令和 年 月 日

併科受診あり

紹介状 あり ( 通) なし

健診結果  事故  労災

血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

脈 拍 \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

体 温 \_\_\_\_\_ °C

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男 ・ 女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業 \_\_\_\_\_

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おります。

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。

マイナンバーカードを保険証として利用した場合の診療情報取得に同意します。

1 今日はどうされましたか？

いつから \_\_\_\_\_

どんな症状 \_\_\_\_\_

2 上記の症状で他の病院にいきましたか？

行っていない

行った 病院名 \_\_\_\_\_

3 今までにかかった大きな病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

・ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名・手術名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 治療中・治癒

・ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名・手術名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 治療中・治癒

・ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名・手術名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 治療中・治癒

・ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名・手術名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 治療中・治癒

・ \_\_\_\_\_ 歳頃 病名・手術名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 治療中・治癒

4 今、飲んでいる薬はありますか？

ない

ある (お薬手帳をお持ちの方は提出してください。)

裏面へ

5 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない

ある

「ある」と答えた方 食品 \_\_\_\_\_ 薬品 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

6 ペースメーカーや金属など体内に入っているものがありますか？

ない

ある ( )

7 たばこは吸われますか？

吸ったことがない

吸う

吸っていた

(1日 本 歳から 歳まで 年間)

8 お酒は飲まれますか？

いいえ

はい (1日量 \_\_\_\_\_)

9 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか？

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

最終月経

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現在授乳中ですか？

いいえ

はい

10 ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？( )にご本人との関係もお書きください。

・糖尿病 ( )

・高血圧症 ( )

・癌 ( )

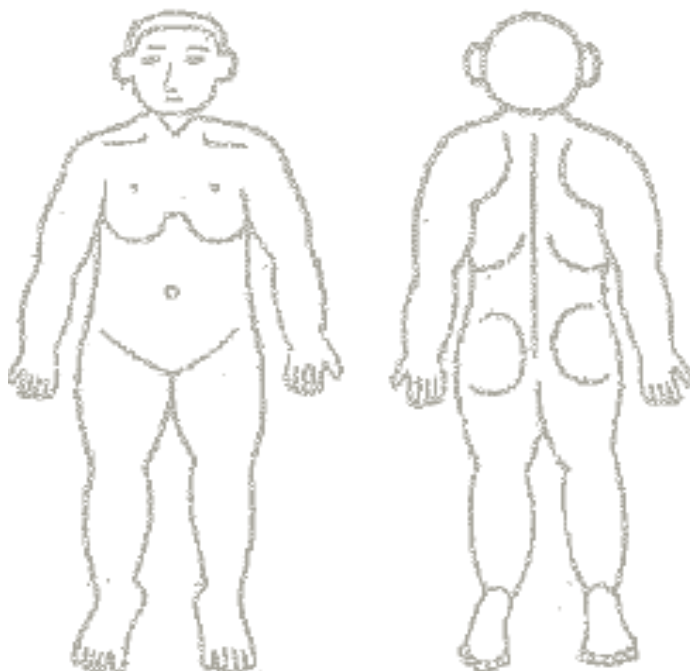
・脳梗塞、脳出血 ( )

・狭心症、心筋梗塞、不整脈 ( )

・ホルモン疾患 ( )

・その他 \_\_\_\_\_ ( )

11 診てもらいたい場所はどこですか？○をつけてください。



12 その他

本人の携帯電話番号 ( )

緊急連絡先(氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )電話番号( \_\_\_\_\_ )