

ID: _____

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ	生年月日：大正 昭和 平成 令和	体温
氏名 男・女	年 月 日 (歳)	°C
住所 〒	自宅電話 () -	
	携帯電話 () -	

1	どのようなことで来院されましたか？以下のもので診察をご希望される箇所に○をつけて下さい 咳 痰 発熱 鼻水 鼻づまり 血痰 のど (痛み・違和感) 関節痛 喘息 腹痛 下痢 便秘 血便 嘔吐 吐き気 胃の調子が悪い 息切れ 動悸 胸痛 胸が苦しい 息がしづらい 息苦しい アレルギー症状 () 頭痛 めまい 糖尿病 高血圧 上記以外 () その他の希望 (特定健診 ・ 健康診断 ・ 禁煙外来 ・ 舌下免疫療法)
2	症状がある方へ、症状は、いつからありますか？ _____
3	他の医療施設からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (紹介状をお持ちの方は受付へお出し下さい)
4	現在治療中、または今までかかった病気はありますか？ 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 腎臓病 前立腺肥大 肝臓病 脳卒中 喘息 目の病気 緑内障 その他 () がん () 手術 ()
5	現在服用しているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名： _____) *お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば受付へ提出をお願いします。
6	過去にお薬や注射、食べ物等でアレルギー反応を起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品・食品名： _____)
7	喫煙・飲酒についてお答え下さい。 たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (/日、喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたが止めた アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (杯/ 日)
8	女性の方にお尋ねします。以下該当するものに○をつけて下さい。 現在妊娠中 (ヶ月) 妊娠の可能性ある 授乳中 該当無し
9	マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい 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参ります。 <input type="checkbox"/> いいえ 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お願い致します。
10	この1年間で検診 (特定健診または高齢者検診) を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期： _____)

ありがとうございました。記入が終わりましたら、受付にお渡し下さい。

しらき内科クリニック 院長