

ID _____

問診票

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	男・女			
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
			(歳)			
住所	〒 _____ - _____					
電話番号		身長	cm	体重	kg	

① 症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日頃から _____ 月頃から _____ 年頃から

② どのような症状ですか？

- ・発熱 (_____ °C)
・のどが痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・関節が痛い ・頭痛 ・腹痛 ・下痢 ・吐き気 ・嘔吐
・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・めまい ・胸の圧迫感 ・むくみ ・血便 ・便秘
(その他 _____)
・紹介状持参 ・健診で再検査 ・花粉症の薬希望

③ 現在治療中、または過去に指摘された病気はありますか？

- ・いいえ ・高血圧 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・脳梗塞 ・脳出血 ・糖尿病 (インシュリン 有 ・ 無)
・脂質異常 (高コレステロール血症) ・痛風 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・ぜん息 ・小児ぜん息 ・骨粗しょう症
(その他 _____)

④ アレルギーはありますか？

- ・いいえ ・花粉症 ・ハウスダスト ・アルコール ・ (その他 _____)

⑤ 薬によるアレルギー・副作用はありますか？

- ・いいえ ・はい (_____)

⑥ 現在服用中のお薬(市販薬含む)はありますか？

- ・いいえ ・はい (_____)
・お薬手帳持参 (有 ・ 無)

⑦ 入院歴・手術歴はありますか？

- ・いいえ ・はい (_____)

⑧ 現在、妊娠または授乳をしていますか？ (女性のみ)

- ・いいえ ・はい (_____ 週) (_____ ヶ月) ・授乳中 (_____ ヶ月)

⑨ その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください

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います。

初診時の医療情報取得加算 : 保険証利用 1 点 マイナカード利用 1 点