

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 ( \_\_\_\_\_ ℃)

・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。

初診時の加算は、

医療情報取得加算 : 加算 1(保険証利用)3点 加算 2(マイナンバーカード利用)2点