

問診

		令和	年	月	日()	
フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
名前		年齢	歳	性別	男・女	
住所						
電話	-	携帯電話	-	-		
		緊急連絡先	-	-		

質問① 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。

はい いいえ

* 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

質問② 他の医療機関からの紹介状はありますか。

はい いいえ

質問③ 症状はいつ頃からありましたか。

__月__日(__) __時頃から

質問④ 症状を教えてください。当てはまる□にはレ点を入れ、症状には○をつけてください。

健康診断の結果

全身症状: 体が疲れる 熱がある その他

呼吸器症状: 発熱 咳 痰 鼻水 のどの痛み 息苦しい その他

腹部症状: 腹痛 悪心・嘔吐 下痢 発熱 便秘 下血 肛門痛 その他

循環器症状: 血圧が高い ドキドキする(動悸) 息切れ その他

骨格系症状: 腰痛 膝関節痛 頸部痛 肩関節痛 筋肉痛 その他

泌尿器系症状: 頻尿 残尿感 排尿時痛 排尿困難 血尿 その他

皮膚症状: 発疹 かゆみ やけど その他

外傷: 切り傷 擦り傷 打撲 捻った その他

その他:

質問⑤ 現在治療中の病気を教えてください。これまでに治療を行った病気を教えてください

病名 _____ 時期 _____ 医療機関名 _____ 治療内容 _____

質問⑥ 内服中のお薬はありますか(お薬手帳があれば提示してください)。

いいえ はい(薬品名 _____)

質問⑦ 薬、食べ物などのアレルギーはありますか。

いいえ はい(薬品名 _____ 食品 _____ その症状 _____)

質問⑧ この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか。

いいえ はい(時期 _____ 指摘事項 _____)

質問⑨ 喫煙歴はありますか。 なし あり__歳から__本/日x__年間(__年前から禁煙)

飲酒はしますか。 いいえ はい(1週間で__日 種類 _____ 量 _____)

質問⑩ 女性の方へ

妊娠 あり(__週) なし 授乳 あり なし

質問⑪ 最終の飲食の時間を教えてください。 いつ(_____) 何を(_____)

質問⑫ 当院へは初めての受診ですか。 はい いいえ(前回の受診は _____ 頃)

紹介者(_____) 近医より(_____) 発熱センターより

電話帳 インターネット 当院のホームページ その他(_____)

質問⑬ 受診に際し、伝えたいことがあれば記載してください。

--