

問 診 票

フリガナ	生年月日		
氏名	男・女	S・H・R	年 月 日 年齢 歳
住所 〒			
電話番号 (自宅)		(携帯電話)	
身長	cm	体重	kg 職業
1 本日はどうなさいましたか？			
<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> 健診結果で気になるところがある <input type="checkbox"/> 紹介状がある <input type="checkbox"/> 健診希望 <input type="checkbox"/> 予防接種希望 <input type="checkbox"/> その他 () ・いつ頃から症状がありましたか？ ()			
2 現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()			
3 現在、飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳などをお持ちでしたらご用意下さい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()			
4 今までに大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※該当する項目に○をつけて詳細をご記入ください 糖尿病・高血圧症・脂質異常症・喘息・甲状腺・緑内障・前立腺肥大症・心臓病・腎臓病・肝臓病 脳血管障害・結核・がん・その他 詳細 ()			
5 この1年間で健診(市の特定健診や高齢者健診、会社の健診)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()			
6 薬や食べ物、その他のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 名前 () 症状：発疹・吐き気・嘔吐・息苦しさ・ショック・その他 ()			
7 嗜好品について 喫煙歴：なし・あり (_____本/日、 _____歳から _____歳まで) 飲酒歴：なし・あり (種類： _____、 _____ml/日、 _____日/週) ・たまに飲む程度			
8 女性の方へ。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)			
9 緊急時の連絡先を教えてください。 お名前 _____ (続柄 _____) 電話番号 _____			
10 当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()			
11 マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

当院は診療情報を取得・活用することで、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いたします。