

問 診 票

2024年 月 日

フリガナ

名前 (男・女) 年齢 歳

お住まい 都・道・府・県 市・町・村・郡 身長 cm 体重 Kg

※体調が悪くて我慢できなくなった際は、遠慮なく職員までお申し出下さい。 体温 . °C

①今日どのような症状があつて来院されましたか？具体的に記入して下さい。

- ・いつから 【時期】 (日前) (時間前) (ヶ月前) (年 月 日)
- ・どこが 【部位】
- ・どのように 【症状】

①-2 他の病院で指摘された病名はありますか？

- ☐ ある (病名)
- ☐ ない

①-3 新型コロナウイルス感染症罹患の有無

- ☐ ある(時期: 年 月頃)
- ☐ ない

②今までに病院などで、指摘されたことがある病気はありますか？

- ☐ あ る ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘 息
- ☐ 緑内障 ☐ 脂質異常症
- ☐ な い

③現在飲んでいるお薬はありますか？(漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む)

- ☐ あ る (薬の名前:)
- ☐ な い

④今までに手術を受けられたことはありますか？

- ☐ あ る (歳 (病名:) (病院名:)
- ☐ な い

⑤輸血を受けられたことはありますか？

- ☐ あ る (年 月 日)
- ☐ な い

⑥薬や注射によるショック・湿疹・じんま疹などの副作用を経験したことがありますか？

- ☐ あ る (薬の名前:)
- ☐ な い

⑦アレルギー体質といわれたことがありますか？

- ☐ あ る ()
- ☐ な い

⑧タバコを吸われますか？または過去に吸っていましたか？

- ☐ はい ☐ いいえ
- ☐ 吸っている(1日 本くらい) ☐ 以前吸っていた(本/日 歳～ 歳まで 年間)

⑨お酒類は飲まれますか？

- ☐ 飲 む (種類: ・どのくらい:)
- ☐ 飲まない

⑩ご家族や血縁者の中に大きな病気をされた方はいますか？

- ☐ い る (続柄:) (病名:)
- ☐ いない

⑪女性の方にお聞きます。

- ・最終月経日はいつですか？(月 日) ・月経は順調ですか？(☐ 順調 ☐ 不順 ☐ 閉経)
- ・妊娠していますか？(☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない) ・授乳していますか？(☐ はい ☐ いいえ)

ID 受付時間 :

紹介状 有・無 CD-R 有・無
フィルム 有・無 心電図 有・無

☞ 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いたします。