

問診票

ID:

(初めての方はご記入ください)

2025年 月

日

ふりがな		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	年齢
お名前						歳
住所	〒					
電話番号	自宅 ()	携帯	()			
体温	°C	脇	※スタッフ記入欄	血圧	/	脈拍 SAT
院内でお名前をお呼びしてよろしいですか？						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体重	(小学生以下のお子さまのみご記入ください)		kg	※最近の体重が不明なときはスタッフにお声がけください。		
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない			
*診察の参考に致しますので、分かる範囲で記入、または○印で囲んでください。						
1.本日は、どのような症状で来院されましたか？(健診の再検査の場合は項目を記入して下さい。)						
最終お食事時間(日 時頃)						
2.いつ頃から症状がありますか？						
3.下記の病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ (はいの場合下記にチェック)						
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他()						
4.手術歴 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし *虫垂炎、帝王切開、日帰り手術、外科的な手術なども含みます。 ありの方 年 (歳)頃 () 年 (歳)頃 ()						
5.現在、他院で処方されたお薬又は市販薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ 手帳お預かり済み *お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。 内服している薬品名() 手帳なし・お忘れ・アプリ						
6.お薬で副作用、または食品でアレルギーが出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ あればその薬品名・食品名()						
7.女性の方 現在、妊娠の可能性ありますか？ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 週) ・ <input type="checkbox"/> いいえ 現在、授乳されていますか？ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ						
8.当院を受診されたきっかけは？ 1.家族の紹介 2.知人の紹介 3.ホームページ・インターネット 4.看板をみて 5.自宅に近い 6.職場に近い 7.その他()						

裏面もご記入お願いします。

保険証返却 入力者 () 確認者 () 問診票確認者 () マイナカード

問診票

(初めての方はご記入ください)

2025 年 月 日

ID:

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。

9.マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10. 現在、他の医療機関に通院していますか？ 「はい」の場合、医療機関名、受診日、治療内容など	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11.他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12.この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ 受診時期 (年 月) 指摘事項(あれば)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。