

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 (歳)
ご住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	

該当する項目に☑をつけてお答えください

☐ 発熱	月 日から (最高熱 月 日 °C)	現在の体温 °C
☐ 咳	月 日から	☐ 鼻水 月 日から
☐ 咽頭痛	月 日から	☐ 頭痛 月 日から
☐ 胸痛	月 日から	☐ 腹痛 月 日から
☐ 喘鳴	月 日から	☐ 息苦しい 月 日から
☐ 嘔気・嘔吐	月 日から	☐ 下痢 月 日から
☐ 食欲不振	月 日から	☐ 体重減少 月 日から
☐ 目のかゆみ	月 日から	☐ 体のむくみ 月 日から
☐ その他 (上記の症状に当てはまらない場合はこちらへご記入ください)		
周囲に風邪症状や感染症の方はいますか? ☐ いいえ ☐ はい ()		

- ①上記の症状で他の医療機関を受診されましたか? ☐無 ☐有
- ②現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか? ☐無 ☐有
☐高血圧症 ☐脂質異常症 ☐糖尿病 ☐認知症 ☐痛風 ☐狭心症/心筋梗塞 ・脳卒中 ☐前立腺
☐緑内障 ☐その他 ()
- ③現在飲んでいるお薬はありますか? ☐無 ☐有 ()
お薬手帳持参 ☐無 ☐有
- ④薬による副作用はありますか? ☐無 ☐有 ()
- ⑤アレルギーはありますか? ☐無 ☐有 ()
- ⑥手術をされたことはありますか? ☐無 ☐有 いつ頃 () 病名 ()
- ⑦タバコ ☐吸う 1日平均 () 本 ☐吸わない ☐禁煙した () 年前から
- ⑧お酒 ☐飲む 1日に飲む量 () () 回/週 ☐飲まない ☐禁酒した () 年前から
- ⑨女性の方のみ ☐妊娠している ☐していない ☐可能性がある ☐授乳中
- ⑩マイナンバーカードはお持ちですか? ☐なし ☐あり (☐持参 ☐忘れ)

当院は診療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。受診歴、薬剤情報、特定健診情報
その他必要な診療情報を取得・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。

(マイナ保険証を利用した場合 初診2点・再診0点 / 使用しない場合 初診6点・再診2点)