

問診票 (No. _____)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名				生年月日	年	月	日(歳)
携帯電話	-	-	住所	〒	-		

① 本日はどうされましたか？ その症状はいつからですか？
 熱がある(_____ °C) 喉の痛み 咳・たん 頭が痛い お腹が痛い 下痢
 その他 _____

② その症状はいつからですか？

③ 現在、他院で治療中の病気はありますか？
 ない
 ある ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓疾患 痛風 脳梗塞・脳出血 がん
 花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎 その他 _____

④ 今までに大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
 ない
 ある ⇒ _____

⑤ 現在飲んでいるお薬はありますか？
 ない
 ある ⇒ お薬手帳をお持ちですか？ ある
 ない ⇒ お薬の種類: _____

⑥ 喫煙・飲酒についておしえてください
 ・喫煙 吸わない 吸う(_____ 本/日 × _____ 年間) 禁煙した
 ・飲酒 飲まない 飲む(週 _____ 日:種類 _____)

⑦ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
 ない ある ⇒ _____

⑧ 女性野方にお聞きします
 ・妊娠中ですか はい _____ 週目 いいえ
 ・授乳中ですか はい いいえ

⑨ マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得に同意されますか？
 はい いいえ

⑩ 紹介状はお持ちですか？
 はい いいえ

この問診票は診療目的のみに使用致します。

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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。 大森医院