

## ≡ 問 診 票 ≡

(下記の項目について、今後の診療の重要な参考になりますので、ご面倒とは思いますが、どうかご記入ください。なお、わからないところがあれば、受付か、看護師に申し出てください。)

|         |   |
|---------|---|
| フリガナ    |   |
| 1. ご氏名  |   |
| 2. 生年月日 | 明. 大. 昭. 平. 令. もしくは西暦                      年              月              日生 |
| 3. 住所   | 〒   |
|         | 電話 (              )              -  |
|         | 携帯 (              )              -  |

4. 来院の目的、相談したい内容、困っている症状や問題点を簡潔にお書き下さい。

5. 上記のことでこれまでどこにかかったり、相談したことは？

①ない ②ある (病院名や相談機関名：

)

6. このクリニックを知ったのは(紹介、看板や広告、ホームページ、本、講演、雑誌、口コミ、パンフレット、その他

)

7. 今まで大きな病気をしたことがありますか？

①ない ②ある (病名：

)

8. 今まで薬や注射でじんましんが出たり気分が悪くなったことがありましたか？

①ない ②ある (薬剤の名前：

)

9. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか      はい / いいえ

10. この一年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか

はい / いいえ

裏面もありますのでご記入下さい。

1 1. 現在の状態

①睡眠：(良い、普通、悪い)

②食欲：(良い、普通、悪い)

③便通：(良好、便秘、下痢、便秘と下痢が交代)

※女性のみ

④月経：(順調、不調) (閉経の場合は 才から)

⑤現在、妊娠中または授乳中ですか はい (妊娠 週) / いいえ

1 2. 今飲んでいる薬：①ない ②ある (薬品名

)

1 3. 酒：①飲まない ②飲む ( 合/日、 日/週)

たばこ：①のまない ②のむ ( 本/週)

1 4. 下記の症状があれば○をつけて下さい。

- ・熱、寒気、くしゃみ、咳き、痰、喉の痛み、胸痛、
- ・動悸、胸が苦しい、息切れ、頻脈、不整脈
- ・頭痛、頭が重い、のぼせ、肩凝り、めまい、耳鳴り、しびれ、麻痺、ふるえ、全身の疲労感
- ・腹痛、もたれ感、胸やけ、げっぷ、吐き気、嘔吐、下血、吐血
- ・口渇、多飲、多尿、むくみ、頻尿、排尿困難、尿失禁
- ・体の痛み (場所：

)

1 5. 今までの血圧 (最高 mmHg、最低 mmHg)

1 6. 家族構成

| 名 前 | 性別 | 生 年 月 日 | 続 柄 | 職 業 |
|-----|----|---------|-----|-----|
|     |    |         |     |     |
|     |    |         |     |     |
|     |    |         |     |     |
|     |    |         |     |     |
|     |    |         |     |     |

※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致します。