

問診票

ID:

記入：令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	年齢	
氏名		生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日		
住所	〒 —	自宅電話	— —		
		携帯電話	— —		

体温 °C

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。

1	マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2	他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	どのような症状で来院されましたか？ <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 胃の不調 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便通異常（便秘・下痢） <input type="checkbox"/> 健診異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）
4	いつ頃からその症状は出ましたか？ <input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2～3日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> それ以前（ ）
5	現在治療中、または今までかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 手術（ 年 月 の手術 病院で ）
6	現在他の医療機関に通院していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（病名： 病院名： ）
7	現在服用している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬剤名： ）
8	この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受けましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（時期： 指摘事項： ）
9	薬や食べ物でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）
10	現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 週 ） 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※ 女性の方ご回答をお願いします