

【問 診 票】

本日の受付番号

フリガナ

お名前

様 (男・女)

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

看護師記入欄	BP	/	P
	BT		°C (再検)

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。

■ マイナ保険証 (マイナカードの保険証利用) による情報取得に同意されますか？

同意する 同意しない

■ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ はい ⇒ (医療機関名:)

① 本日はどうされましたか？

二次検査 (精密検査) 咳 のどの痛み 頭痛
 腹痛 嘔吐 下痢 その他 ()

② 上記の症状はいつからですか？ (頃から)

③ 現在治療中、または過去に指摘された病気はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞
 脳梗塞 脳出血 腎臓病 肝臓病 甲状腺疾患
 痛風 喘息 その他 ()

④ 現在内服中のお薬はありますか？

いいえ はい ⇒ お薬の内容 ()

⑤ 家族・親族に次の病気はありますか？ (母、祖母など記入してください)

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 腎臓病
 肝臓病 癌 甲状腺疾患 その他 ()

⑥ アレルギー (薬・食物・その他) はありますか？

いいえ はい ⇒ アレルギーの内容 ()

⑦ タバコを吸いますか？

いいえ はい ⇒ (1日・1週間) に () 本を () 才から吸っている
 以前吸っていたがやめた () 才 ~ () 才 () 本/日

⑧ お酒は飲みますか？

いいえ はい ⇒ (ビール・ウイスキー・日本酒・焼酎・その他 ()) を
(1日・1週間) に () 缶・杯・合) 飲む
[1缶と1杯は350mlを目安]

⑨ ペースメーカーを使用していますか？

いいえ はい

⑩ インプラントを使用していますか？

いいえ はい

⑪ 【女性の方のみ】妊娠についてお聞かせください

妊娠していない 妊娠中である 妊娠の可能性あり 授乳中である

ご記入ありがとうございました