

問診票

受付日・令和____年____月____日

フリガナ		男 ・ 女
お名前		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	

※新患の方・1年以上診察されていない方は下記の部分もご記入下さい。

住所	〒□□□□ - □□□□□□				
電話番号	(自宅) (携帯)	緊急連絡先 (携帯等)	続柄		
病院記入欄	ID		入力者		確認者

●今日は、下記のいずれをご持参しましたか？

 健康保険証 マイナンバーカードの保険証(マイナ保険証)

◆身長 cm ◆体重 kg 体温 °C

1. 本日、食事はされていますか？

 はい → 朝食 昼食 いいえ

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

____年 ____月 ____日～

◆あてはまる症状に☑してください。

 便秘 下痢 おなかが張る 腹痛 嘔吐 吐き気 血便
 せき 鼻水 痰 のどの痛み 排尿時の痛み めまい 眠れない
 胸が痛い 動悸がする 頭が痛い 胃が痛い
 その他 (内容: _____)※胃の症状がある方はピロリ菌の検査をした事がありますか？ はい いいえ
はいの方は、結果は 陰性 陽性 → 除菌済み

3. 1ヶ月以内に海外にいかれましたか？

 いいえ はい 国名: _____) ____月 ____日～ ____月 ____日まで

4. 今までにかかった事のある病気または現在治療中の病気はありますか？

 なし あり 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧
 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 虫垂炎
 その他 (_____)

裏面の記入に続きます

5. 今、現在服用しているお薬はございますか？

- なし あり→ 糖尿病 高血圧 高脂血症 低用量ピル
血を固まりにくくするお薬
その他（内容： _____）

6. 今までに、手術を受けたことがありますか？

- なし あり→ _____年頃 _____医療機関名
病名→（ _____）

7. ★重要★

今までに、アレルギーはございますか？（お薬・食べ物・予防注射等）

- なし あり→（内容： _____）

8. 喫煙・飲酒についてお聞かせ下さい。

- タバコ： 吸わない 吸う： 1日平均（ _____本） 禁煙した：（ _____）年
お酒： 飲まない 飲む： 週（ _____）日
◆ 1回の飲酒量はどのくらいですか？ ビール（ _____）本／日本酒（ _____）
ウイスキー（ _____）杯／その他（ _____）

9. 女性の方のみご記入下さい。

- ◆ 現在、妊娠中ですか？ いいえ はい
◆ 現在、授乳中ですか？ いいえ はい
◆ 最終月経（ _____月 _____日～ _____月 _____日）

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。

- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1：6点、加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）