

問 診 票

年 月 日

ふりがな		男・女	住 所 〒	
氏 名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	自宅電話番号 — —		
	年 月 日 (才)	携帯電話番号 — —		
		緊急連絡先(ご家族などご本人様以外) 続柄: — —		

本日の体温(°C)

他院からの紹介状 ☐ あり ・ ☐ なし

1. 本日はどうされましたか。症状を記入してください。 いつから どこが どうしましたか			
2. 今までに次の病気にかかったことがありますか。(該当する場合☑をしてください。)			
☐ 高血圧 ☐ 腎疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 心疾患 ☐ 不整脈 ☐ 肺疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 結核 ☐ 喘 息 ☐ 癌 ☐ 胃潰瘍 ☐ 緑内障 ☐ 痛風 ☐ 梅毒 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 前立腺肥大症 ☐ とくにありません ☐ その他 病名 _____			
3. 今までに入院、手術、けが、重い病気にかかったことがありますか。			はい ・ いいえ
病名が分かれば記入してください。(			)
4. 麻酔で何か異常を経験したことがありますか。			はい ・ いいえ
5. 輸血を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ
6. 現在用いている薬がありますか。			はい ・ いいえ
何の薬が分かれば記入してください。(			)
7. 薬や注射で湿疹ができたり異常が起こったことがありますか。			はい ・ いいえ
名前が分かれば記入してください。(ピリン、アスピリン、ペニシリン、その他			)
8. 何らかのアレルギーがありますか。			はい ・ いいえ
何のアレルギーが分かれば記入してください。(			)
9. 嗜好について			
・現在、たばこを吸っていますか			
☐ 吸っている(1日 本) ☐ 禁煙した(禁煙して1カ月以上) ☐ 今まで吸ったことがない			
・1週間でお酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか			
☐ 毎日 ☐ 週に5～6日 ☐ 週に3～4日 ☐ 週に1～2日 ☐ ほとんど飲まない(飲めない)			
10. あなたの肉親に下記のような病気がありましたら①～⑨を記入してください。 (癌の場合、どここの癌が分かれば記入してください。)			①癌 ②糖尿病 ③高血圧 ④喘息 ⑤心疾患 ⑥脳卒中 ⑦肝疾患 ⑧アレルギー ⑨その他
どなたが _____ 病名 _____ どなたが _____ 病名 _____			
<女性の方へ>			
・現在妊娠中ですか。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ わかりません			
・最終生理はいつでしたか。 年 月 日			
・妊娠の可能性はありますか。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ わかりません			

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて、質の高い医療の提供に努めています。マイナ保険証を利用し医療情報(投薬情報、特定健診情報、後期高齢者健診情報など)の取得に同意されますか。 ☐ はい ・ ☐ いいえ