

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		固定電話番号	— —
	年 月 日		携帯電話番号	— —
	(歳)		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 いつからどのような症状があるかを詳しく記入してください

ここ1年間で体重が変化した方は記載してください()

2. 今までに次の病気にかかったことがありますか (該当する箇所には☑)

☐ 高血圧 ☐ 腎疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 心疾患 ☐ 肺疾患 ☐ 不整脈 ☐ 糖尿病

☐ 結核 ☐ 喘息 ☐ 癌 ☐ 胃潰瘍 ☐ 緑内障 ☐ 痛風

☐ 甲状腺疾患 ☐ 前立腺肥大症 ☐ 脂質異常症 ☐ 特になし

3. 2以外で通院や入院をしたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ

いつ頃どんな病気にかかったか記入してください

4. 現在のんでいる薬がありますか ☐ はい ☐ いいえ

お薬手帳はありますか あれば提出してください ☐ はい ☐ いいえ

無い場合、わかる範囲で記入してください

5. 薬や食べ物で湿疹やかゆみ、息苦しさが出たことはありますか ☐ はい ☐ いいえ

原因の薬やその時の症状がわかれば記入してください

2枚目へ続きます



2枚目

6. 麻酔が必要な手術や処置を受けたことはありますか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の方へ 何かトラブルはありましたか	
7. 輸血を受けたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ 「はい」の方へ 何かトラブルはありましたか	
8. 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) ☐ 今まで吸ったことがない ☐ 過去に吸っていた (歳～ 歳) : 1日 本) ・ 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) 1日のお酒の種類と量を記載してください	
9. 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、どこの癌かわかれば記入してください) 続柄 _____ 病名 _____ 続柄 _____ 病名 _____ 続柄 _____ 病名 _____ その他 _____	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
10. 保険証を登録したマイナンバーカードをお持ちですか 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 ☐ はい ☐ いいえ
<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	