

問診表

ID:

R 年 月 日

フリガナ

生年月日：大正・昭和・平成・令和

氏名 _____ 男・女 年 月 日 (歳)

住所 町田市・相模原市

電話番号 自宅 () 携帯 ()
緊急連絡先 (必須) () * 本人様以外の電話番号をご記入ください。
身長 cm 体重 kg

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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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お願いいたします。
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？ その症状は 月 日頃から・ 日前から・ か月前から <input type="checkbox"/> 腹痛（胃のあたり、下腹、右腹、左腹、その他） <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐（ 回） <input type="checkbox"/> 下痢（ 回） <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 発熱（ °C） <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> のどの痛み・違和感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> その他
4 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"/> いいえ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肺や気管支の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 足腰の病気 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> がん（ ） <input type="checkbox"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> その他の病気：病名がわかればお書き下さい（ ）
5 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（薬名： ） * お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。
6 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（薬品名： 食品： 症状： ）
7 この1年間で健康診断を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（時期： 指摘事項： ）
8 喫煙・飲酒についてお答えください。 たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日、喫煙歴 年） <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む
9 女性の方のみお答えください。 妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 週） or （出産予定日 / ） 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

* 問診表に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。