

# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日		
氏名		男	T・S・H	年	月 日 ( 歳)
			携帯番号	( )	-
		女	自宅番号	( )	-
住所	〒 -				

身長	cm	血圧	/	mmHg	体温	℃
体重	kg	脈拍		回/分	SPO2	%

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。下記に該当するものがあれば○をして下さい。

胸痛 不整脈 動悸 息切れ 足のむくみ 下肢静脈瘤 健診異常 高血圧 生活習慣病 腹痛  
発熱 アレルギー疾患 禁煙外来 外傷 予防接種・健診 美容 紹介状あり その他( )

2. 症状がある方は具体的に書いてください。交通事故や勤務中の怪我の場合は詳しくご記入をお願い致します。

3. 現在ほかの病院にかかっていますか。 はい(病院名: /病名: ) ・ いいえ

4. 現在飲んでいる薬はありますか。(お薬手帳がある場合は省略可) はい( ) ・ いいえ

5. 現在または今までに下記の病気で医師にかかったり、健康で指摘されたことはありますか。

狭心症 心筋梗塞 不整脈 心不全 弁膜症 先天性心疾患 高血圧 脂質異常症 糖尿病  
下肢静脈瘤 消化器疾患(胃・腸・肝臓・胆嚢) 婦人科疾患 がん( ) その他( )

6. 今までに手術をされたことはありますか。 はい(手術内容: ) ・ いいえ

7. たばこは吸いますか。 はい(1日何本→ ) ・ いいえ

8. お酒は飲みますか。 はい ・ いいえ

9. 食べ物のアレルギーはありますか。 はい( ) ・ いいえ

10. 内服薬や注射のアレルギーはありますか。 はい( ) ・ いいえ

11. 女性の方へ 現在、妊娠はされていますか。 はい ・ いいえ(最終月経 月 日)

12. 何をご覧になって来院されましたか。

近所 ・ インターネット ・ 紹介( ) ・ 看板 ・ 雑誌

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい ・ いいえ

14. その他、聞きたいこと、気になることがあればお書きください。

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...4 点 加算 2...2 点(マイナ保険証を利用した場合)