

問 診 票

体温

血圧

脈拍

Spo2

ふりがな			
氏名	男・女	身長	cm
生年月日	年 月 日 (才)	体重	kg
住所 〒	-		
電話番号：	携帯：		

よろしければ当院にお越しいただいたきっかけを教えてください。

1. 自宅か職場に近い 2. ホームページを見て 3. ご紹介/口コミ (から) 4. 看板を見て

※ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

1) 今日はどのような症状で受診されましたか？ あてはまるものに○をつけて下さい。

- ・熱がある (°C) ・咳がある・痰がある (痰の色は? …) ・鼻水/鼻づまり ・喉が痛い
・息苦しい喘鳴 (ゼーゼーした音) がある ・健診結果の相談・他の医師の意見を聞きたい
・検査希望 () その他の症状 ()

2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

月 日 から / 日 ・ 月 ・ 年前 から / 年 月頃 から

3) 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ ・ はい → よろしければ医療機関名、治療内容を教えてください ()

4) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか？

ない ・ ある

高血圧・心臓病(狭心症・不整脈など)・糖尿病・脳梗塞・腎臓病・喘息・胃潰瘍・肝臓病 その他()

5) 手術歴はありますか？

いいえ ・ はい → よろしければ治療内容を教えてください ()

6) 現在服用している薬はありますか？

いいえ ・ はい → 薬名() *お薬手帳をご持参していただければ薬名の記入は不要です。

7) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり → ()

8) タバコを吸いますか？

吸わない ・ やめた → 1 日におよそ () 本、() 年間くらい吸っていた

吸っている → 1 日 () 本くらい、() 年間

9) お仕事でたくさん粉塵を吸うようなことがありますか？またはありましたか？

ない ・ 職業 () でたくさん () を吸うことがある、もしくはあった

10) ペットを飼っていますか？

() を (室内・室外) で飼っている

11) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠中ですか？あるいは妊娠の可能性はありますか？

ない ・ ある ・ 授乳中

12) マイナ保険証による診療情報取得について 同意します

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の定驚につとめています。

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。