

問診票

確認	確認

ご記入日 年 月 日

フリガナ			
お名前	生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 平成 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	
		職業	
該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。			
本日当院に来院されたのは	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 過去に来院したことがある (いつ頃)		
今日は どうされましたか？	症状	<input type="checkbox"/> 熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	
	※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。		
	紹介状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名:)	
症状はいつからですか？			
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(不整脈も含む) <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他()	
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名() ●お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。	
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名() 食品名()	
入院・手術をされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃() 部位()	
直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診等)受診されましたか？	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた	(健診名:) いつ頃:)	
たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日に 本、約 年間) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた		
お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(週に 回、1回 杯、お酒の種類:)		
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中()カ月 <input type="checkbox"/> 授乳中		
海外渡航歴(1カ月以内)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

当院では患者さんの診療情報を取得・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時)

ご協力ありがとうございました。問診票の情報は診療以外の目的に使用することはございません。



— 内科・リウマチ科・呼吸器内科 —

拝島やまかみクリニック

HAIJIMA YAMAKAMI CLINIC