

# 問診票

(受診日) 令和 年 月 日 No. \_\_\_\_\_

初診の方は下記の質問にお答え下さい

本日はマイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 はい いいえ

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 携帯 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 才

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 \_\_\_\_\_ kg ・ 体温 \_\_\_\_\_ ° C

**※紹介状をお持ちの方は受付へ提出ください。また持参された患者様は下記1~4は省略してください**

下記のご質問にお答え下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか。

1~3日前から 1週間前から 1か月前から その他 ( \_\_\_\_\_ )前から

どのような症状ですか。

頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 熱 むくみ

お腹が痛い 食欲がない 胃が痛い 下痢 便秘

吐き気 嘔吐 めまい 体がだるい 胸が痛い

胸がしめつけられる 動悸がする 息苦しい 血圧が高い

健康診断結果再検査、相談 ( \_\_\_\_\_ )

その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

2. 本日の症状で、他の医療機関を受診しましたか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい。

いつ : \_\_\_\_\_

病院名 : \_\_\_\_\_

3. 今までに入院した病気・けががありましたら記入して下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

4. 現在、治療している病気がありますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい。

病名 : \_\_\_\_\_

病院名 : \_\_\_\_\_

5. 現在、内服している薬がありますか。またお薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

いいえ はい ※「はい」の場合は、お薬手帳をお持ちですか。

「はい」とお答えの方で本日お薬手帳をお忘れの方はご記入ください。

内服中のお薬 : \_\_\_\_\_

**次ページもご記入下さい**

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、呼吸苦など)を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

いいえ はい 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

食べ物のアレルギー

いいえ はい 食べ物名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

7. 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、1)2)にお答え下さい。

1) 1日に ( )本くらい 2) ( )年間くらい

アルコールについて 飲まない 毎日 週( )日 月( )日

※「飲まれる方」は、ご記入下さい。お酒の種類: \_\_\_\_\_ 量: \_\_\_\_\_

10. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか。

はい いいえ

9. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

いいえ はい ( )週目 可能性あり

授乳中ですか

いいえ はい

10. 介護保険を申請していますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、○で囲み下記ご記入下さい。

申請中 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

担当事業所: \_\_\_\_\_

担当ケアマネージャー: \_\_\_\_\_

11. 当院を何で知りましたか

電話帳 看板 ウェブサイト 携帯サイト

友人、知人からの紹介 家族からの紹介 医療機関からの紹介

医院前を通過 雑誌、書籍

その他 ( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。

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、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。



医療法人 はなまる

はなまるクリニック

HANAMARU CLINIC