

問診票

フリガナ		男 ・ 女	世帯主名	続柄
氏 名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
住 所	〒			
電話番号		勤務先 または 保護者の勤務先		
携帯電話番号				
以前、当院を受診したことがありますか？		☐ あり →前回受診時と氏名に変更があった場合はご記入ください ☐ なし (旧姓：)		

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。
☐マイナ保険証による診療情報取得に同意する

1 今日はどうなさいましたか

- ☐紹介されて(紹介状・検査結果など一緒に提出してください)
☐検診で異常を指摘されて(検診の結果を一緒に提出してください)
☐風邪症状がある【発熱(最終 °C)・咳・のどの痛み・鼻水・痰・頭痛・倦怠感・
その他の症状()】
☐胸が痛い【締め付けられる感じ・押される・チクチク・違和感がある】
☐動悸がする【強くドクドクする・早くドクドクする・脈が飛んでいる・脈が遅い】
☐息苦しい ☐むくみ ☐倦怠感 ☐食欲不振
☐血圧が高い【自宅での血圧 / くらい】
☐喉が渇く ☐トイレの回数が多い(頻尿) ☐空腹感
☐体重の変化【 kg 増えた・減った】
☐その他の症状【 】
☐症状はない

2 上記の症状はどのくらい前からありますか

- ☐ 1-2 週間前 ☐ 1-2 カ月前 ☐ 3-6 カ月前 ☐ 6 カ月以上前 ☐ その他【 】

3 どんな時に症状がありますか

- ☐ 朝方 ☐ 就寝時 ☐ 夜寝付けない時 ☐ 体を動かしているとき ☐ 何もしていない時
☐ その他【 】

4 ①どのくらい持続していますか ②症状に変化はありますか

- ① ☐ 一瞬 ☐ 1-5分 ☐ 5-10分 ☐ 10-30分 ☐ 30-1時間 ☐ 1時間以上 ☐ 常に
② ☐ よくなった ☐ 落ち着いている ☐ 悪化している ☐ 変化がない

※裏面の記入もお願いします

5 本日も食事や飲み物を口にしていますか

☐していない ☐している(時に何を→)

6 たばこは吸いますか

☐はい(本/日) ☐吸っていたがやめた(本/日・ 歳～ 歳まで)

☐いいえ

7 お酒は飲みますか

☐毎日飲む(ビール ml・日本酒 合・焼酎 ml)

☐時々飲む(週 回) ☐飲まない

8 妊娠中、または妊娠の可能性がありますか

☐はい(妊娠 週) ☐いいえ ☐わからない ☐授乳中

9 今まで病気や手術をしたことがありますか ☐はい ☐いいえ

病名	年齢	病院名	手術の有無	現在治療中ですか
			はい いいえ	はい いいえ
			はい いいえ	はい いいえ
			はい いいえ	はい いいえ
			はい いいえ	はい いいえ

※現在治療のためにお薬を飲んでいますか ☐はい ☐いいえ

お薬手帳をお持ちの方は提出してください

10 アレルギーはありますか

薬 ☐はい(薬剤名:) ☐いいえ

食物 ☐はい(食品名:) ☐いいえ

金属 ☐はい ☐いいえ

その他のアレルギー ☐はい() ☐いいえ

11 ご家族(祖父母・両親・兄弟姉妹)に下記の病気の方はいますか

☐狭心症・心筋梗塞() ☐ペースメーカー()

☐不整脈() ☐突然死()

☐脳卒中() ☐高血圧()

☐腎臓病で透析中() ☐糖尿病()

ご協力ありがとうございました