

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月 日 (歳)
住所	〒			電話	自宅 携帯
身長 (cm)	体重 (kg)	ご職業			

問診内容	ご記入欄 ○で囲んでください	
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	熱がある(°C) 咳 痰 鼻水 のどの痛み 寒気 頭痛 胸が痛い 動悸 息切れ 不整脈 むくみ 全身倦怠感 食欲不振 体重減少 めまい おなかが痛い 吐き気・おう吐 下痢 便秘 排尿痛 残尿感 健診で異常を指摘された 他院で内科受診を勧められた その他()	
症状はいつからですか？	・ 今日初めて ・ () 日前から ・ 時々 ・ ずっと前から	
通院中や以前かかった病気はありますか？	なし	・ 通院中の病気 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 狭心症・心筋梗塞 不整脈 痛風 肝臓の病気 腎臓の病気 ぜん息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大 がん() その他() ・ 以前かかった病気(今は通院していない) 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳卒中 狭心症・心筋梗塞 不整脈 痛風 肝臓の病気 腎臓の病気 ぜん息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大 がん() その他()
他院で処方された薬はありますか？	なし	内服薬() 外用薬() お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください。
入院・手術をしたことはありますか？	なし	病名() 年齢(歳) 病名() 年齢(歳)
アレルギーはありますか？	なし	花粉症 アルコール ラテックス 食べ物() 薬() その他()
煙草を吸いますか？	いいえ	・ 吸う 本/日 年間 ・ 吸っていた 本/日 年間
お酒は飲みますか？	いいえ	飲む ・ 何を?() ・ どのくらい? 週に() 日
家族・親族に次のような病気はありますか？	なし	高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓の病気 肝臓の病気 がん()
苦手な薬はありますか？	なし	ある()
女性の方へ 妊娠していますか？	いいえ	妊娠中() 週 不妊治療中 授乳中
マイナンバーカードによる診療 情報取得に同意されますか？	はい	いいえ

当院では診療情報を取得・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、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いします。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付へお渡しください。

医療法人秀峰会 岡原診療所