

フリガナ
氏名

様 (歳)

男 / 女

体温

°C

住所

電話番号

携帯番号

1 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <u>※問診票と一緒にご提出ください</u>
2 1年以内に健診を受診しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	身長 cm 体重 kg	生年月日 年 月 日生
3 本日はどうなさいましたか ・どのような症状がありますか 当てはまるものにチェックをつけてください(複数回答可)	(いつから・どこが・どんな症状) <input type="checkbox"/> 痛み [場所:] <input type="checkbox"/> 腫れている [場所:] <input type="checkbox"/> 下痢 [回数:] <input type="checkbox"/> 嘔吐 [回数:] <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> むくみ [場所:] <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 健康診断で要精査 <input type="checkbox"/> 尿の回数が多い <input type="checkbox"/> 尿が出にくい <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> コロナ感染後の症状 [] <input type="checkbox"/> その他 []	
・上記症状の要因等がありましたら教えてください	(例:生ものを食べたあとから下痢している など) []	
・コロナ罹患歴はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [いつ頃]	
4 現在、他の医療機関に通院していますか? <u>(紹介状持参の方は記載不要)</u>	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 年 月 日 ごろから 病院・クリニックにかかっている 年 月 日 ごろまで 病院・クリニックにかかっていた
5 今までにかかった病気や治療中の病気がありますか 当てはまるものにチェックをつけてください(複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 縁内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> がん [] <input type="checkbox"/> その他 []

裏面につづく

6・今までに手術、入院したこと はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり [いつ頃：] [病名：] [手術名：]
・輸血歴はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり [いつ頃]
7 ご家族の方の病歴に当ては まるものにチェックをつけて ください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 膠原病
8 現在飲んでいるお薬はあり ますか (市販薬等含む) ※ <u>お薬手帳を忘れた方は分かる</u> 範囲で薬品名もしくは何のお薬 かご記入ください。(例: 血圧の 薬)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> お薬手帳持参 <input type="checkbox"/> お薬手帳忘れ <input type="checkbox"/> スマートフォン [薬品名]
9 喫煙・飲酒について教えてく ださい	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 吸う [本/日] <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた [年前まで 本/日] <input type="checkbox"/> 飲む [週 日] [種類・量]
10 薬や食べ物でじんましんな どのアレルギー症状が出たこ とがありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (例: 卵、乳製品・薬の名前) []
11 現在 妊娠の可能性はありま すか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり _____週目
12 マイナンバーカードはお持 ちですか	<input type="checkbox"/> 持っている	<input type="checkbox"/> 持っていない
13 マイナ保険証を持っている 方は、マイナ保険証による診 療情報取得に同意いただけ ますか	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
14 その他、何かありましたら記 入して下さい	(例: 漢方希望・ヘルストロン希望)	

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。

正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いします。

◆医療情報取得加算（初診時1点）が算定されます。