

# 問診票

R 年 月 日 ID

フリガナ 氏名	男・女	生年月日:大正・昭和・平成	年 月 日( 歳)
住所 〒			
電話番号 :携帯	:自宅		
緊急連絡先(必須)			
(続柄 ) ※ご本人以外の電話番号をご記入願います			
身長・体重	kg		

☆介護保険の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (介護度 )	
☆マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)に同意しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	当院は診療情報を取得。活用することにより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お願いいたします。
☆他の医療機関からの紹介状はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
☆いつからどのような症状で来院されましたか? いつから? 症状は?	
☆現在治療中、または今までかかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: 症状: )	
☆現在服用しているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬名: 症状: )	※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いいたします。

<p>☆薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(薬品名: _____ 症状: _____ )</p> <p>(食品名: _____ 症状: _____ )</p>	
<p>☆この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(時期: _____ )</p> <p>(指摘事項: _____ )</p>	
<p>☆喫煙・飲酒についてお答えください。</p> <p>たばこ: <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う( _____ 本/1日、喫煙歴年) <input type="checkbox"/>過去に吸っていたがやめた</p> <p>アルコール: <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む(種類: _____ )( _____ 杯/ _____ 日)</p>	
<p>☆女性の方のみお答えください。</p> <p>妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>はい( _____ 週)or(出産予定日: 年 / / )</p> <p>授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	
<p>☆当院をどのようなきっかけでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>ご紹介(ご紹介者名: _____ )</p> <p><input type="checkbox"/>ご近所 <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>検索サイト <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>その他( _____ )</p>	

※問診票に記載された個人情報、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。