

問診票

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	
氏名	大・昭 平・令	年 月 日(才)
住所 (〒 -)		
電話番号 () -		

■他院からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

■来院の目的は何ですか？（該当を○で囲んでください）

- ・発熱 頭痛 腹痛 下痢 便秘 咳 鼻水 のどの痛み 吐き気
発疹 めまい その他 ()
- ・いつ頃からですか？ ()
- ・上記の症状で他院を受診されましたか？
いいえ・はい (病院名)
- ・上記の症状について、薬を服用または使用しましたか？※市販薬も含めます
いいえ・はい (薬の名前)

身長	cm
体重	kg
体温	°C
血圧	/ mmHg

■現在治療中の病気はありますか？

- なし・あり (高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓血管疾患・脳血管疾患・肝疾患
腎疾患・喘息・アトピー・花粉症・アレルギー性鼻炎
その他：)
- ⇒ 現在治療中の病気でお薬の使用はありますか？
いいえ・はい (薬の名前)

■今までに大きな病気やけが、手術はありましたか？

- なし・あり ()

■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？

- いいえ・はい (時期 指摘事項)

■お薬や食品・動物などで、アレルギーを起こしたことはありますか？

- なし・あり (原因となったもの 症状)

■1年以内の海外旅行 なし・あり (渡航先)

■飲酒量 1回 () (例：350ml缶ビール○本) 週に () 日

■喫煙 なし・あり (1日 本、喫煙年数 年)

■輸血歴 なし・あり

■妊娠の可能性 なし・あり

■マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい ・ いいえ

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

ご協力ありがとうございました。

保元クリニック