

問診票

ID: _____

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
住所 〒 _____	日中連絡の取れる電話番号

* 今回の受診理由に○または✓をつけてください。

- () 体調が悪い → ★1へ () 検査のご希望 → ★2へ
() 健康診断後の再検査・評価 () 睡眠時無呼吸症候群の検査・治療のご希望
() ワクチンの希望 () 健康診断

● 受診時体温: _____ °C

★1 今回の症状に○と発症時期をご記入ください。

- () 発熱: / _____ から。何°Cまで出ましたか? _____ °C
() のどが痛い: / _____ から。
() せき: / _____ から。
() 痰: / _____ から。色は _____ 色である。
() 息苦しさ: / _____ から。
() 鼻水: / _____ から。色は _____ 色である。
() 鼻詰まり: / _____ から。
() 腹痛: / _____ から。
() 吐き気: / _____ から。() 吐いてしまった。回数は? _____ 回。
() 下痢: / _____ から。
() 便秘: / _____ から。
() 頭痛: / _____ から。
() その他: どんな症状ですか? (_____)
いつからですか? _____ / _____ から。

★2 ご希望の検査について、ご記載ください。(_____)

* 今までにかかった、または、現在治療中である病気に○または✓をつけてください。

- () 気管支喘息(小児喘息/咳喘息も含む) () アレルギー性鼻炎 () 花粉症 () 高血圧 () 糖尿病
() 緑内障 () 不整脈 () その他 (_____)

* 現在、服用している薬がありますか? (はい・いいえ)

* 薬で具合が悪くなったことはありますか? なし ・ あり (下に詳細をご記入ください)

薬品名と症状: _____

* この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか?

(はい・いいえ) ⇒ はいの場合、受診時期は? _____ 年 _____ 月頃

* 女性の方へ、該当に○または✓をつけてください。

- () 妊娠中: _____ 週 () 授乳中: _____ ヶ月 () どちらでもない

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(マイナ保険証利用の場合)

ご記入ありがとうございました。お薬手帳や検査データ等ありましたら一緒に窓口へご提出ください
のぎきはちまん前内科