

ID \_\_\_\_\_

## 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ				男	生年月日	大・昭	年	月	日
お名前				女	年齢	平・令			歳
郵便番号	-	住所							
お電話	自宅	-	-	携帯	-	-	ご職業		
身長	cm		体重	kg		体温	℃		

## 1. 症状を具体的にお書きください。

①いつ頃から？：

②症状を○で囲んでください。

- ・発熱 ・頭痛 ・のどの痛み ・関節痛 ・咳 ・たん ・鼻水 鼻づまり ・悪寒  
 ・だるさ ・息切れ ・動悸 ・胸の痛み ・めまい ・むくみ ・吐き気 ・腹痛  
 ・食欲不振 ・便秘 ・下痢 ・血便 ・血尿 ・排尿障害 ・睡眠障害 ・その他→③

③ その他症状、相談内容など：

## 2. 現在治療中、または過去にかかったことのある病気、手術歴はありますか？

① なし

② あり …… 病名・手術歴：

いつ頃：

## 3. あなたの血のつながった方に、下記の病気の方がいますか？ ※続柄もお書きください。

- ① いない 高血圧 ( ) 脳卒中 ( ) 心臓病 ( ) 精神病 ( )  
 ② いる …… 糖尿病 ( ) 腎臓病 ( ) 肝臓病 ( ) 癌 ( )  
 喘息 ( ) 結核 ( ) 尿酸高値 ( ) 脂質異常 ( )

## 4. 常に飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳は受付にお渡してください。

① なし

② あり …… 具体的に何ですか？：

## 5. お薬や食べ物のアレルギーがありますか？

① なし

② あり …… お薬：

食べ物：

## 6. ペットを飼っていますか？

① いいえ

② はい …… 種類：

## 7. 1日のアルコール、たばこの量を、教えてください。

- ・アルコール ① 飲まない ② 飲む …… 酒： 合/日 ビール： 本/日 ( 回/週)  
 ・たばこ ① 吸わない ② 吸う ・過去に吸っていた… 本/日 ( 歳～ 歳まで)

## 8. 最近、県外・海外へ行かれたか？ (出張、旅行など)

① いいえ

② はい …… 県名：

国名：

時期：

9. (女性) 現在妊娠の可能性はありますか？ ① いいえ ② はい … ( カ月) ③ 分からない  
(女性) 授乳中ですか？ ① いいえ ② はい

## 10. 本日マイナ保険証を利用しましたか？ ① いいえ ② はい … 診療情報取得に、□同意した

※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つとめております。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。