

フリガナ
氏名

様 (歳)

男/女

体温

℃

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 ※ 問診票と一緒にご提出ください
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	(いつから・どこが・どんな症状)	
・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)	<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? (紹介状持参の方は記載不要)	<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"/> 緑内障 <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 [_____]]

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) ※お薬手帳を忘れた方は分かる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をお願いします。
◆医療情報取得加算(初診時1点)が算定されます。