

問 診 票

(お久しぶりのご来院の方にもお願いしております)

No.

西暦

年 月 日

ふりがな			男・女	職業
お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	歳	
住所	〒 -			
電話番号	携帯 ()	ご自宅 ()		

※診察の参考に致しますので、分かる範囲で記入、または○印で囲んでください

1. 今日、どのような症状で来院されましたか	体温 °C
	血圧 /
	他院からの紹介状 有・無
2. いつごろから症状がありますか	
3. 予防接種希望 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合	
4. 下記の病気にかかったことはありますか <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他	
5. 現在、他院で処方されたお薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あればその薬品名 ()	()
	()
※マイナ保険証による情報取得に同意した場合は1か月以内の処方を除き記載省略可能です	
6. 薬の副作用を経験したことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
あればその薬品名 ()	()
	()
7. 女性の方 現在、妊娠されていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、授乳されていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8. 当院を受診されたきっかけは <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> タウンページ・広告・ちらし <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 自宅から近い・通り道 どなたのご紹介ですか? ()	
9. <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> AGA(男性型脱毛症)外来 説明・治療を御希望の方は、直接医師に御相談下さい。	マイナ保険証による特定健診・高齢者健診時の情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか?	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

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いたします。

保)返却

はまくぼクリニック