

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前		男	大・昭・平・令		
		女	年	月	日生 歳
ご住所	〒		電話番号	携帯電話番号	

今日は、どのような症状で来院されましたか？

いつごろから

現在の体温

℃

どこが

どのような症状ですか？

該当する項目に○をしてください。

1. 現在、下記の疾患はありますか？ また、以前かかったことがありますか？（ はい ・ いいえ ）  
心臓 肝臓 腎臓 高血圧 低血圧 糖尿 胃炎 不眠  
喘息 高脂血症 アトピー 緑内障 前立腺肥大 甲状腺 痛風 脳梗塞  
骨粗鬆症 リウマチ 不整脈 結核 便秘しやすい 下痢しやすい かぶれやすい  
その他（ ）

2. 下記のアレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）  
牛乳 そば 卵 魚 貝 果物 その他（ ）  
花粉 ダニ ハウスダスト カビ 動物 その他（ ）

3. たばこを吸いますか？  
吸わない 吸う 1日 本くらい

4. お酒を飲みますか？  
飲まない 飲む（ 毎日 ・ 週3~5 ・ 週1~2 ・ たまに ）

5. 普段飲んでいる薬はありますか？  
いいえ はい 薬の名前（ ）

6. 今まで薬で副作用がありましたか？  
いいえ はい（ 薬剤名： 症状： ）

7. 今までに輸血の経験はありますか？  
いいえ はい いつ頃

8. 女性の方で、現在妊娠中もしくは可能性は？ 授乳中ですか？  
いいえ 可能性あり はい 授乳中

その他お気づきの点がございましたらお書き下さい。

※個人情報の取扱について

当クリニックでは誤人防止などの安全管理上、患者様をお名前でお呼びいたします。

その他、個人情報保護につきまして方針、利用目的など院内の掲示物などでご確認ください。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)  
加算6点 マイナ保険証を利用した場合 加算2点