

# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		男	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	
お名前			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 回数

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。

※個人情報の取扱いについて  
当クリニックでは誤り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 加算2点(マイナ保険証を利用した場合)