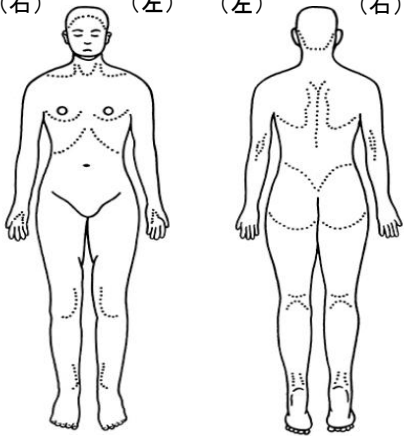


# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな お名前		性別	男 ・ 女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳
ご住所	〒			電話 番号	自宅 ・ 携帯 ( )
身長	cm	職業/学年			
体重	kg	スポーツ歴			
要介護・要支援の 認定を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けていない	受けている	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中	
	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
当院をどこで知りましたか	<input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 近くにあるから <input type="checkbox"/> ご家族・知人から <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他				

本日はどうなさいましたか		(右) (左) (左) (右) 	
外科的 症状	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> つっぱり <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 関節の違和感 <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の診断・治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )	症状のある場所を○で囲んでください	
内科的 症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かぜ症状 (のどの痛み、咳・痰、鼻汁) <input type="checkbox"/> 胃痛・胸やけ <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 健康診断希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
思いあたる 原因はなんですか	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 仕事中のけが <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 運動中のけが <input type="checkbox"/> スポーツ (種目: ) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
それはいつからですか できれば経過について もご記入ください	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 約 ( ) 日・週間・か月・年前から <input type="checkbox"/> 年 月 日頃 交通事故の場合は事故発生時刻 年 月 日 時 分頃 経過等:		
他の医療機関からの 紹介状はお持ちですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ご提出ください)		
現在他の医療機関から 処方された薬を服用し ていますか <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/> 服用していない		
	服用している	お薬手帳は持参していますか	
		<input type="checkbox"/> はい (ご提出下さい)	
		<input type="checkbox"/> いいえ (以下にご記入ください)	
	薬 剤 名	用 量	投 薬 期 間
①			
②			
③			

裏面につづく

現在この症状や別の病気で他の医療機関に通院していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	医療機関名 <input type="checkbox"/> はい 直近受診日 年 月 日頃 治療内容								
今までにかかった病気や手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 消化管の病気（食道炎、胃炎、大腸炎、胃・十二指腸潰瘍など） <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気（不整脈、狭心症など） <input type="checkbox"/> 肺の病気（気管支喘息、肺炎など） <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍・癌 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中（脳梗塞、脳出血など） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ、膠原病 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 手術名（ ） 時期（ ）									
薬や食べ物にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">薬品・注射・食品などの名称</th> <th style="width: 40%;">症 状</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		薬品・注射・食品などの名称	症 状						
薬品・注射・食品などの名称	症 状									
血が止まりにくいなどの出血性疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
妊娠および授乳中に該当しますか（女性の方）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週 日） <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中									
喫煙、飲酒についてお尋ねします	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">喫煙</td> <td><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う（ 本/日 × 年間）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>禁煙した（ 年前から。それ以前は 本/日 × 年間）</td> </tr> <tr> <td>飲酒</td> <td><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む（週 日）、種類・量（ ）</td> </tr> </table>		喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日 × 年間）	<input type="checkbox"/> 禁煙した（ 年前から。それ以前は 本/日 × 年間）	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（週 日）、種類・量（ ）			
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日 × 年間）									
	<input type="checkbox"/> 禁煙した（ 年前から。それ以前は 本/日 × 年間）									
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（週 日）、種類・量（ ）									
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？※2	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた 健診名 [ ] 時期 年 月ごろ									
ご家族に右の病歴がある方はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍・癌 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 出血性疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）									

### マイナ保険証での受診の方にお尋ねします

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

※1： マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1ヵ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能

※2： マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては記載を省略可能

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。

ご記入ありがとうございました