問診票

【ID　　】　　記入日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日
お名前	様(男・女)	大・昭・平・令 年　月　日　歳
ご住所	〒　- 	
電話番号	携帯　（　）	自宅　（　）
ご職業		身長　cm　体重　kg

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。
□熱（　℃）□鼻水/鼻詰まり □咳　□たん（　色）□咽頭痛　□喘息　□息苦しい・息切れ
□胸痛　□頭痛　□腹痛　□下痢　□嘔吐　□いびき・日中の眠気・無呼吸の指摘　□禁煙の相談
□健診結果の相談 □その他(　)

症状はいつからありますか？　月　日から　/ 約（　）日・週間・ヶ月・年　前から

思い当たるきっかけや原因、心当たり、その他ご心配なことがありましたらご記入ください。
（　）

現在、治療中の病気はありますか？
□なし　□ある（病名　医療機関名:　）

現在、飲んでいるお薬はありますか？
□なし　□ある→お薬の内容が分かるもの（お薬手帳等）を受付にご提示ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□ある（病名：　年齢：　歳　医療機関名:　）

喫煙について教えてください。
□吸わない　□吸う（　本/日×　年間）
□禁煙した（　年前から。それまでの喫煙（　本/日×　年間））

薬や食べ物のアレルギーはありますか？
□なし　□食べ物（　）　□薬（　）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、又は授乳中ですか？
□いいえ　□はい（□妊娠中　週目　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

※40歳以上の方へ。この１年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？
□いいえ　□はい（　年　月頃）

本日、マイナ保険証をご利用されましたか？　□はい　□いいえ
本日、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　□はい　□いいえ

当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット　□看板　□家族や知人　□通りがかり　□その他（　）

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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おります。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致します。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

保険証の内容にご変更があった際は、必ず受付にお声がけください。
個人情報は当院の診療目的のみに使用致します。ご協力ありがとうございました。

ますだ春日部クリニック