

# 問 診 票

電話番号

フリガナ

(固定) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 殿

(携帯) \_\_\_\_\_

※両方書いていただいても構いません

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 才

ご職業: \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 平熱 \_\_\_\_\_ °C

## 来院された症状について教えてください。

症状のある部位に○をつけて下さい。

### ◆どのような症状ですか？

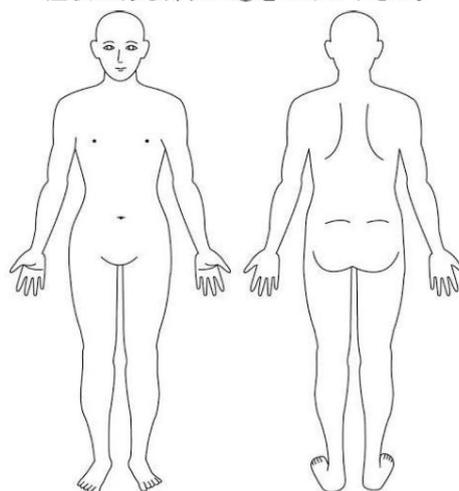
- 痛い  しびれる  動きにくい
- 腫れている  何かできている  つっぱる
- 傷がある  捻挫  ぶつけた  やけど
- その他( \_\_\_\_\_ )

### ◆症状はいつごろからありますか？

約 ( \_\_\_\_\_ ) 日・週間・ヶ月・年前から

### ◆症状が出た原因やきっかけは…

- 転倒  落ちた  ぶつけた  ひねった  運動
- 切った  はさんだ  交通事故  仕事  学校
- わからない  その他( \_\_\_\_\_ )



### ◆今回の症状で他の病院等で診療を受けたことがありますか？

- なし
- あり (時期 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ )
- 他の病院からの紹介状を持っている⇒受付へご提出ください。

## これまでのご病気についてお聞きします。

### ◆過去に大きな病気で、治療や手術を受けられましたか。

いいえ  はい 病名( \_\_\_\_\_ )

### ◆現在、治療中の持病はありますか？ なし あり⇒下記にご記入ください

病名:  高血圧  糖尿病  高脂血症  心臓( \_\_\_\_\_ )  その他( \_\_\_\_\_ )

医療機関名: \_\_\_\_\_

裏面へつづく

◆現在、飲んでいる薬(市販薬やサプリメントを含む)はありますか？

なし あり( )

⇒本日お薬手帳をお持ちでしたら受付へご提出ください。

◆お薬のアレルギーはありますか？

なし あり( )

◆女性の方へ 当てはまるところがあればチェックをお願いいたします。

現在、妊娠している ( )週

妊娠の可能性がある

授乳している

◆スポーツ習慣 なし あり(頻度: \_\_\_\_回/週 : 1回 \_\_\_\_時間 )

◆タバコ \_\_\_\_本/日

◆酒 \_\_\_\_合/日

◆排尿困難 なし あり

◆排便困難 なし あり

◆マイナ保険証による診療情報の取得に同意していただけますか？

はい いいえ

◆ご来院のきっかけは？

知り合いの紹介 看板を見た ネットで見た その他

※当院は、マイナ保険証の利用や問診票などを通じて、より正確な患者様の情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供につとめております。そのため、より積極的にマイナ保険証をご活用ください。

(医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定させていただいております。)

**\* \* \* ご協力ありがとうございました \* \* \***  
**お持ちの方は紹介状とお薬手帳を添えて受付までご提出ください**