

記入日 令和 年 月 日

フリガナ

お名前 様 歳 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

〒 □□□-□□□□

※携帯電話お持ちの方は携帯番号もご記入ください

住所

電話番号

当医院では患者さんの病気をより正確に理解して治療に反映できるように問診票の記入をお願いしております。よろしくお願い致します。

1、今日はどうなさいましたか？（いつから、どのような症状ですか？ 例→昨日から咳、鼻水、頭痛）

[]

2、他の医療機関からの紹介状はありますか？（ はい ・ いいえ ）

3、この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？（ はい ・ いいえ ）

4、現在、妊娠中又は授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

5、今迄入院したことや手術したことはありますか？（ ある ・ ない ）

| | 何歳頃 | 病名 | 病院名 |
|---|-----|----|-----|
| ① | | | |
| ② | | | |

6、現在通院している病院はありますか？（ ある ・ ない ）

| 病院名 | 病名 | 内服薬 |
|-----|----|-----|
| | | |
| | | |

※ 心臓病のある方のみお答えください。（ペースメーカー あり ・ なし ）

7、今迄薬を飲んで身体にあわなかったことはありますか？

（ ある ・ なし ） 症状 []

8、家族（血縁者）に高血圧、糖尿病、脳卒中、癌などの病気の方はいらっしゃいますか？

いる → 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 []
いない

9、マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）

※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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

10、当院に来院のきっかけは？

家族・知人の紹介 ・ 医師の紹介 ・ 看板 ・ 電話帳 ・ チラシ・広告 ・ ホームページ ・ その他

HT cm WT kg BT °C BP / mmHg