

問診票

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成
名前					年 月 日 (歳)
住所	〒 _____	連絡先		自宅	
				携帯	

身長 _____ cm 体重 _____ kg 現在の体温 _____ °C

- 本日はどのような症状で来院されましたか？（当てはまるもの全てに○をしてください）
吐き気 嘔吐 食欲不振 のどのつかえ感 胸やけ 胃痛 胃もたれ お腹の張り
腹痛 下痢 便秘 血便 黒色便 体重減少 内視鏡検査を希望（胃・大腸）
健康診断の二次検査 その他（ _____ ）
 - 上記の症状はいつ頃からですか？（ _____ ）
 - 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか
 特になし
 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 狭心症・心筋梗塞 脳出血・脳梗塞
 喘息 肝臓病 腎臓病 緑内障 前立腺肥大症
 がん（ _____ ） その他（ _____ ）
 - 現在、服用中のお薬はありますか？
 いいえ はい ※お薬手帳をお持ちの方は受付時にご提出ください
 - 薬や食べ物でアレルギーはありますか
 いいえ はい（詳細： _____ ）
 - タバコは吸いますか？
 吸う（1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年） 以前は吸っていた 吸わない
 - アルコールは飲みますか？
 飲む 機会があれば飲む 飲まない
- 【女性の方にお尋ねします】
- 現在、妊娠していますか？
 妊娠している 妊娠の可能性がある 妊娠していない
 - 現在、授乳中ですか？
 いいえ はい

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意しましたか？
はい・いいえ

マイナ保険証から患者さんの診療情報を取得することにより、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）マイナ保険証：2点 保険証：4点

*ご記入ありがとうございました。ご提供いただいた情報等は医療・診療行為以外の目的で使用することはありません。