

No.

問 診 表

受診日

年

月

日()

(フリガナ)		男 ・ 女	自宅電話	
お名前			携帯電話	
生年月日	年 月 日	歳	勤務先	
住所(自宅)	〒		勤務先 T E L	
			緊急連絡先(名前)	(続柄:)
			緊急連絡先 T E L	

◆本日はどうされましたか？

体温 _____ °C

- ・発熱 ・頭痛 ・吐き気 ・咳 ・けいれん ・嘔吐 ・鼻水 ・のどが痛い
- ・腹痛 ・痰がからむ ・ゼーゼーする ・下痢 ・発疹 ・食欲がない
- ・その他 (_____)

◆症状はいつからですか？ _____ 頃から

◆周囲ではやっている病気はありますか？ ない ・ ある (_____)

◆現在、治療中の病気はありますか？ ない ・ ある

病名 _____ 医療機関 _____

◆現在、服用中のお薬はありますか？ ない ・ ある (_____)

お薬手帳 (有 ・ 無)

◆今までかかったことのある病気はありますか？ ない ・ ある

- ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・痛風 ・狭心症 ・緑内障
- ・心臓病 ・喘息 ・肺気腫 ・結核 ・不整脈
- ・その他 (_____)

◆ご家族で糖尿病や脳梗塞、心筋梗塞などの病気をされた方はおられますか？ いない ・ いる

(続柄: _____) (病名: _____)

(続柄: _____) (病名: _____)

◆食べ物、飲み薬、アルコール消毒などによるアレルギーはありますか？ ない ・ ある

(_____)

◆飲酒や禁煙はどのくらいですか？

- ・飲酒 ・ 飲まない ・ 1日に _____ を _____ 本くらい
- ・喫煙 ・ 吸わない ・ 毎日 ・ 1日に _____ 本くらい

◆女性の方に伺います。

- ・現在、妊娠中ですか？ (はい _____ ヶ月 ・いいえ ・わからない)
- ・現在、授乳中ですか？ (はい _____ ・いいえ)

◆当院のことは、何で知りましたか？

- ・インターネット ・看板 ・知人の紹介 ・他院の紹介 ・その他(_____)

※マイナンバーカードを提示された方のみ

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ