

ID: \_\_\_\_\_

## 問診表

R 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭・平・令	年 月 日	歳
男・女			
ご住所	〒 -		自宅☎ - - 携帯☎ - -
緊急連絡先	☎ - -	※ご本人以外の電話番号をご記入ください。	

1	マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-top: 5px;">           ※当院は診療方法を取得・活用する事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します。         </div>
2	他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	どのような症状で来院されましたか？
4	現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肺や気管支の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 足腰の病気 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> がん（ ） <input type="checkbox"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> その他の病気：病名がわかればお書きください（ ）
5	現在服用している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬名： ） ※お薬手帳、またはお薬の内容が分かるものがあればご提出をお願いします。
6	薬や食べ物でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）
7	この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（時期： 指摘事項： ）
8	喫煙・飲酒についてお答えください。 たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（ 本/日、喫煙歴 年） <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた アルコール： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（種類： 杯/ 日）
9	女性の方のみお答えください。 妊娠されてますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ 週）or（出産予定日 / ） 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10	当院をどのようなきっかけで知りましたか？ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 雑誌・広告 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> その他（ ）