

問診表

受診日 年 月 日

フリガナ		生年月日：大・昭・平・令 年 月 日
氏名		性別： 男 ・ 女 年齢： 歳
住所 〒		
電話番号 ()	携帯 ()	
お勤め先 (学校名)		
いつから 月 日 時頃から 当院での体温 _____℃ 発熱外来の方→ 37.5℃以上の熱は出たのは 月 日・最高 _____℃		
<p>自覚症状 該当する症状に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/>熱がある <input type="checkbox"/>倦怠感 <input type="checkbox"/>関節痛 <input type="checkbox"/>悪寒 <input type="checkbox"/>喉が痛い <input type="checkbox"/>咳 <input type="checkbox"/>止まらない <input type="checkbox"/>息苦しい <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>鼻づまり <input type="checkbox"/>痰が出る <input type="checkbox"/>痰が絡む <input type="checkbox"/>湿疹 <input type="checkbox"/>蕁麻疹 <input type="checkbox"/>顔・足のむくみ <input type="checkbox"/>胸が痛い <input type="checkbox"/>どきどきする <input type="checkbox"/>胸が締め付けられる <input type="checkbox"/>無気力 <input type="checkbox"/>疲れやすい <input type="checkbox"/>眠れない <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>腹部の張り <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>胃痛 <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>のどが渇く <input type="checkbox"/>目がかゆい <input type="checkbox"/>排尿時痛 <input type="checkbox"/>残尿感 <input type="checkbox"/>排尿困難 <input type="checkbox"/>血尿 <input type="checkbox"/>頻尿 <input type="checkbox"/>親指の付け根が痛む <input type="checkbox"/>背部痛 <input type="checkbox"/>腰痛 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性・妊娠中 (週目・予定日 年 月) <input type="checkbox"/>授乳中 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>		
<p>現在治療中の病気</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>*かかりつけ医</p> <p>↓</p> <p>()</p>	<p>病名 <input type="checkbox"/>脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/>心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈)</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>貧血 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>骨粗鬆症 <input type="checkbox"/>がん</p> <p><input type="checkbox"/>コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>花粉症 <input type="checkbox"/>不眠症</p> <p>具体的に【いつから発症し治療開始したか】</p> <p>()</p>	
<p>現在飲んでいる薬</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>(薬局)</p>	<p>薬のなまえ【お薬手帳をお持ちでしたら、受付にご提出ください。】</p> <p>()</p>	
<p>過去にかかった病気</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>病名 <input type="checkbox"/>脳卒中 (脳出血・脳梗塞等) <input type="checkbox"/>心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈)</p> <p><input type="checkbox"/>貧血 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>胆石 <input type="checkbox"/>胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/>虫垂炎 (盲腸) <input type="checkbox"/>がん</p> <p><input type="checkbox"/>肺炎 <input type="checkbox"/>気胸 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>腎疾患 <input type="checkbox"/>尿管結石 <input type="checkbox"/>精神疾患</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (手術等)</p>	
<p>薬・食べ物のアレルギー</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>該当する薬や食べ物</p> <p>()</p> <p>・採血時アルコール綿 (消毒) のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた【 歳まで吸っていた】1日平均 ()本× ()年間	
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> やめた【 歳まで飲んでた】	

裏面のご記入もお願い致します。

(新患☐)

・ 当院は、マイ保険証の診療情報を取得・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。

*マイ受付導入に伴い、マイ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）、
健康保険証（いままで通り）による情報取得に同意しますか？

同意する 同意しない マイナンバーカードを持っていない

・ 他院からの紹介状・健康診断結果・検査結果などお持ちですか？

ある ない 忘れた

・ この1年間で健康診断（特定健診・高齢者健診など）を受けましたか？

受けていない 受けた（ 月ごろ）



* 健診結果で、指摘や指導を受けましたか？

受けていない

受けた ⇒ 血圧 体重
 採血結果（ コレステロール ・ 高脂血症 ・ 血糖値 ・ 貧血 ）
 その他（ ）

・ 当院をどのようなきっかけで知りましたか？

知人・ご家族の紹介（紹介者名： ）

近隣・職場の近く ホームページ等

※問診表に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用致しません。

ご記入ありがとうございました。

状況に応じて呼びする順番が前後する場合がございますが、
今しばらくお待ちください。