

ID: _____

問診表

R 年 月 日

フリガナ	生年月日：大正・昭和・平成・令和		
氏名	男・女	年	月 日 (歳)
住所			
電話番号	自宅 ()	携帯	()
緊急連絡先 (必須)	()	* 本人様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 dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。 </div>		
2	他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
3	どのような症状で来院されましたか？ その症状は 月 日頃から・ 日前から・ か月前から <input type="checkbox"/> 腹痛 (胃のあたり、下腹、右腹、左腹、その他) <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回) <input type="checkbox"/> 下痢 (回) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> のどの痛み・違和感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 健康診断		
4	現在治療中、または今までかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <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"/> 肝臓病 <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下さい ()		
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わかるものがあれば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 (薬品名： 食品： 症状：)		
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。 妊娠されていますか？ <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 ()		

* 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いたしません。

きたじま内科・胃腸内科