

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票

フリガナ		男・女	歳	生年月日		
氏名				昭・平・令	年	月
住所						
電話番号	(携帯電話)	(自宅)or(家族)				

・職業（仕事内容）

・身長 _____ cm、 体重 _____ kg

・他院で治療中ですか？

受診していない 以前受診した 今も受診している 病院・医院名 _____

・今までにかかった病気や受けた手術はありますか？ はい いいえ

上記で「はい」と答えた方は詳細を選択してください

高血圧 糖尿病 胃十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳梗塞/脳卒中 喘息

痛風（高尿酸血症） 癌・悪性腫瘍 心療内科・精神科疾患 その他

手術名 _____ いつ頃 _____

・薬を飲んでいますか はい いいえ

上記で「はい」と答えた方はわかる範囲でお薬の名前を教えてください

・薬や食べ物にアレルギーはありますか？

はい（原因： _____ 、どのような症状： _____ ）

いいえ

・普段から運動をされていますか？

はい（どのような運動： _____ ） いいえ

・（女性のみ）妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠中 _____ 週 授乳中 いいえ わからない

・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？

はい いいえ

・当院を受診したきっかけは何ですか？ ご家族の紹介 ご友人の紹介 ホームページをみて

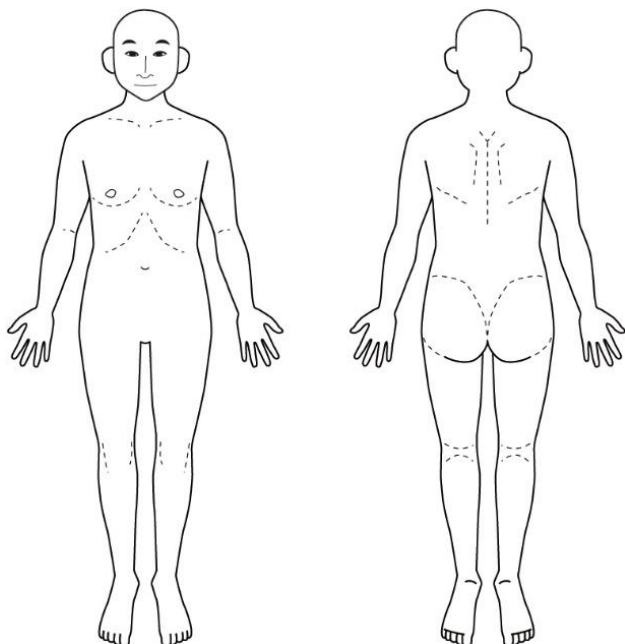
検索サイト 通りがかり

裏面にて症状についてお聞きします。ご記入をお願いします。

1) 本日はどうなさいましたか？

()

2) 具合の悪い部位に○をつけてください



3) いつ頃からですか？

- 本日の () 時から () 日前から () 週くらい前から
 () カ月くらい前から () 年くらい前から わからない

4) 思い当たるきっかけ・原因はありますか？

- ある ()
 ない

5) 症状はよくなっていますか？悪くなっていますか？

- 悪くなり続けている
 良くなってきている
 程度はずっと変わらない
 良くなったり悪くなったりしている