

問診シート

ご記入日： 年 月 日

フリガナ _____ 生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日

お名前 _____ () 歳

性別： 男性 ・ 女性

ご住所 〒 _____

自宅電話： _____

携帯電話： _____

Mail： _____

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 今日はどうされましたか？ | 風邪症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 |
| | 胸部症状 | <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 胸やけ |
| | 腹部症状 | <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐気～嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲低下 |
| | その他症状 | <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 |
| | 健診・検査 | <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 検診の再検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 |
| 症状はいつからですか？ | <input type="checkbox"/> 今日がはじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から | |
| 食べ物や薬、注射のアレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名 () 食品名 (大豆・卵 他：) | |
| 現在治療中の病気はありますか？ | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 膵臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 今、飲んでいるお薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名 () *お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。 | |
| 今日は食事をとれましたか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 女性の方へ | <input type="checkbox"/> 妊娠中 () カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性なし <input type="checkbox"/> 授乳中 | |
| マイナ保険証での診療に同意しますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

※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をお願い致します。