

【問診票】 受付日時 受付時間 氏名:

【今日はどうされましたか?】

追記欄

◎ いつから、どんな時に、どれ位の時間・頻度でその症状がありますか?
.....
.....

【現在、他の病院で治療中の病気がありますか?】

(病名 / 病院)
.....
.....

◎ どんな薬を内服されていますか? (お薬手帳などでも結構です)
.....
.....

【それ以外に、これまでに病気で治療や手術を受けたことがありますか?】

(病名 / 時期)
.....
.....

【両親や兄弟などの血縁者に、高血圧や糖尿病、心臓病の方がいますか?】
.....
.....

◎ 薬や食品のアレルギーはありますか? ⇒ 何の薬・食品でアレルギーがありましたか?
(はい いいえ)

◎ お酒を飲まれますか? ⇒ どれ位のお酒を週何回、飲みますか?
(はい いいえ)

◎ タバコを吸いますか? ⇒ 一日に何本位、吸っていますか?
(はい 禁煙 いいえ) 本/日

◎ 食欲はありますか? ⇒ (はい まずまず いいえ)

◎ 睡眠は良好ですか? ⇒ (はい まずまず いいえ 眠剤使用)

◎ 便通は毎日順調にありますか? ⇒ (はい まずまず いいえ 下剤使用)

◎ 月経は順調ですか? ⇒ (はい 不順 治療中 閉経後)

◎ 現在妊娠中ですか? ⇒ (はい 可能性あり いいえ)

◎ どなたのご紹介ですか? (紹介者 館内案内・医療 MAP・インターネット・紹介なし)

◎ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? ⇒ (はい 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いただければ幸いです。