

問診票

ふりがな

【氏名】 _____ 【年齢】 _____ 歳 【性別】 男性 女性
【生年月日】 大正 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【住所】 〒 _____ - _____
(市町村群番地)
(アパートマンション名)
【電話番号】 _____ (_____)

■下記の質問にお答えください。

身長 _____ c m 体重 _____ k g

① いつ頃から具合が悪いですか？

(_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) 月前 (_____) 年前 その他 (_____)

② どんな症状がありますか？

【その他の理由】

集団検診、定期検診、人間ドック等で受診を勧められた。

【理由】(尿潜血 尿蛋白 P S A高値) その他の場合はお書き下さい(_____)

けが【場所】(_____)

性病検査希望【クラミジア 淋菌 梅毒 H I V その他(_____)】

E D(勃起障害) AGA(男性型脱毛症) LOH 症候群(男性更年期)

③今までに大きな病気、手術、けが、又は現在治療中の病気はありますか？

高血圧 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 糖尿病 喘息 肝臓病 腎臓病

【血液の病気または手術】(病気 手術 _____)

【その他】(_____)

④お薬手帳をお持ちですか？(ご自宅にある場合も‘はい’でお願い致します。) はい いいえ

お薬手帳をご持参されていたら、受付にご提出下さい。

⑤現在内服している薬がありましたらお書きください。お薬手帳を提出された方は記入不要です。

(_____)

⑥薬のアレルギーはありますか？

はい いいえ ※はいにチェックの場合は薬の名前もお書きください(_____)

⑦女性の方にお聞きします。現在妊娠していますか？

はい いいえ わからない

⑧当医院をどのようにお知りになりましたか？

医院の紹介 看板 知人からの紹介 インターネット その他(_____)

⑨マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

⑩この1年間で健診を受けましたか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。

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いたします。

ご記入ありがとうございました。問診票を受付にてお預かりいたしますのでご提出下さい。