

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	T・S・H 年 月 日	歳	男・女
お名前					
住所	〒 -				
電話番号	(自宅) - -		(携帯) - -		

●今日はどうされましたか？

[]

●以下に当てはまる症状がありましたらチェックをつけてください

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み
 頭痛 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲がない
 腰痛 息苦しい からだがだるい めまい ふらつく
 血圧が高い(mmHg) トイレに近い
 その他の症状()

●現在、治療中の病気 なし あり

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風 不整脈
 喘息 緑内障 関節リウマチ その他()

●今飲んでいるお薬 なし あり

おくすり手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

[]

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

いつ	病名	(入院/手術)・病院名
いつ	病名	(入院/手術)・病院名
いつ	病名	(入院/手術)・病院名

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

[]

●生活習慣について

- ・お酒 飲む 飲まない
 ・たばこ 吸う(1日 本 年間) 吸わない 禁煙した(年前から)

●女性の方にお伺いします、現在

- ・妊娠の有無 なし あり ・授乳中ですか いいえ はい

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点(マイナ保険証を利用しない場合)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

医療情報・システム基盤整備体制による診療情報取得に同意する