

# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ	年齢	性別	配偶者	出産歴
お名前	歳	男・女	無・有	無・有( )人
身長	cm	体重	kg	最近( )ヶ月で
			kg	増えた 減った
現住所	〒 -		電話(自宅)	( )
			電話(携帯)	( )

●下記の質問にお答えください。該当する項目があった際は詳細もお書きください

受診された目的は何ですか？	<input type="checkbox"/> 症状がある <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> その他( )
症状がある方はいつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 本日急に <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> ( )週間前から <input type="checkbox"/> それより前から ※具体的にお書きください ( )
症状を具体的にお書きください	どこが ( ) どのように ( )
大きな病気をしたことがありますか？	<b>いいえ・はい</b> → 病名 ( ) 手術をしたことはありますか？ <b>ある・ない</b>
今、治療中の病気はありますか？	<b>いいえ・はい</b> → 病名 ( ) 服用中の薬 ( ) ※お薬手帳のある方は受付にお出しください
今までにお薬でアレルギーが出たことはありますか？	<b>いいえ・はい</b> → 薬品名 ( )
お酒は飲みますか？	<b>飲まない・飲む</b> → お酒を飲む機会 ( ) お酒の種類 ( ) 1回に飲む量 ( )
タバコを吸いますか？	<b>吸わない・やめた・吸う</b> → 1日( )本 喫煙期間( )歳 ~ ( )歳
★女性の方のみ 現在、妊娠されていますか？	<b>●妊娠または妊娠の可能性</b> <b>ある・ない</b> <b>●授乳中の有無</b> <b>はい・いいえ</b>
★大腸・痔でお悩みの方のみ 排便回数をお答えください	※1日何回、週何回など具体的にお答えください ( )
マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？	<b>同意する・同意しない・マイナ保険証未保持</b>

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いたします。  
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 6点、加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

当院をお知りになったきっかけは何ですか？

<input type="checkbox"/> 当院の医師に診察を受けていたことがある (医師名: )	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介 ( ) 様 )
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <b>●紹介状の有無</b> <b>ある・ない</b> (医療機関名: ) (医師名: )	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的にお書きください ( )

ご質問や不安な点がございましたら、ご自由にお書きください