

ID :

令和 年 月 日

問診票

フリガナ	
お名前	性別 男 女
生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日	年齢 歳
住所 〒	
携帯電話 (- -) 自宅 (- -)	

◆今日はどうか？
 <風邪症状>熱がある・鼻水・鼻づまり・咳・痰・頭痛・関節痛・体がだるい
 <胸・体>胸痛・動悸・息切れ・胸の圧迫感・顔や体のむくみ・体がだるい
 <お腹> 腹痛・お腹が張る・下痢・吐き気・食欲がない・血便（赤い・黒い）・便秘
 <慢性的な病気>高血圧・高脂血症・糖尿病・高尿酸血症
 <自由欄> ()
 それはいつからですか？⇒

◆今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？
ない ある⇒高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・喘息・狭心症／心筋梗塞・不整脈・脳卒中
 その他 ()
 現在通院中のクリニック ()

◆現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？
ない ある⇒お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちですか？ ある ない

★ジェネリック医薬品について
ジェネリック医薬品を絶対希望しません（先発品しかダメ）
種類によって希望します () 希望します

◆薬や食べ物にアレルギーはありますか？
ない ある⇒薬 () 食べ物 ()

◆嗜好品はありますか？
 お酒 飲まない 飲む⇒何を ()、どのくらい ()、週 () 日
 タバコ 吸ったことがない 過去に吸っていた⇒ () 本/日 × () 年間
現在も吸っている⇒ () 本/日 × () 年間

◆当院をどのようにお知りになりましたか？
病院・クリニックからの紹介 () チラシ 当院ホームページ
知人からのご紹介 通りすがり その他 ()

◆<マイナ保険証による診療情報取得について> 同意する 同意しない
 *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。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。厚労省の算定要件に従い以下の算定をしております。
 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）

◆本日の診察で医師にお伝えしたいことはありますか？
 ()