

問診票

記入日 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------|-----------|-----|------|----|----|----|----|
| フリガナ お名前 | | 性別 | 生年月日 | | | | |
| | | 男・女 | 年 | 月 | 日 | | |
| ご住所 | 〒 都 道 府 県 | | | | | | |
| お電話番号 | | 体温 | ℃ | 身長 | cm | 体重 | kg |

■ 本日は下記のいずれかをご持参されましたか？

健康保険証 マイナンバーカード保険証 その他身分証 ()

■ あなたの診療情報（服薬歴・健診歴など）当院が取得することに同意されましたか？（マイナ保険証の方のみ）

同意していない 同意した

■ 直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

上記の質問で「同意していない」を選んだ方だけご回答ください。

(健診名： 時期： 頃)

■ 介護保険の介護度認定を受けていますか？

認定を受けていない 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

■ 本日の受診に関して いつ頃からどうされましたか？・どのような症状ですか？

()

■ 現在、他の医療機関を受診していたり、常用している薬剤などはありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方→病名や薬剤、病院名など

()

■ 過去に大きな病気で入院など受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方→何歳ごろ・病名など

()

■ アレルギー-はありますか？（ はい ・ いいえ ）

はいの方→食べ物や薬剤名

()

■ 嗜好品について

お酒：飲む（1日 ml）・時々・飲まない

煙草：吸う または 過去に吸っていた（1日 本を 年間）・吸わない

■ 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠されていますか？ いいえ わからない はい (週目)

授乳中ですか？ いいえ はい

■ こちらのクリニックをどのように知りましたか？

看板 ・ ホームページを見た ・ 知り合い紹介 ・ その他 ()