

新来患者様問診票

フリガナ

氏名 _____ 連絡先(TEL) _____ (携帯) _____

住所 _____ ※問診後に実測いたします

男/女 大・昭・平・令 年 月 日生まれ 身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 本日の体温 _____ °C

■どのような症状で来院されましたか？ _____

■いつからですか？ _____

■特に希望される検査や治療がありますか？ _____

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____年 _____月 _____日から _____にかかっている。

■家族に持病がありますか？(高血圧・糖尿病・腎臓病・脳卒中・心臓病・癌など)

父親 _____ 兄弟 _____

母親 _____ その他の血縁者 _____

■あなた自身が今までにした病気をお書きください。

病名 _____ 歳の時 病名 _____ 歳の時

病名 _____ 歳の時 病名 _____ 歳の時

■現在治療中の病気がありますか？ ある ない

病名 _____

病・医院名 _____ 医師名 _____

薬の内容 _____

■現在、飲んでる薬はありますか？

なし あり(薬品名: _____)

■今までに手術の経験はありますか？ いいえ はい 病名: _____

いつ頃: _____

■輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

■薬のアレルギーはありますか？ なし あり(_____)

食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり(_____)

その他: _____

■たばこは？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____ 本、 _____ 歳ころから約 _____ 年間)

■アルコールは？ 飲まない 飲む 過去に飲んでいて

(種類: _____、1回 _____ 杯、毎日 時々 月に2~3回)

■次のものをよく食べますか？ あまいもの 塩辛いもの 卵・いくら・数の子

■女性の方へ 妊娠している可能性は？ ない あり 妊娠歴は？ ない ある(_____ 回)

授乳中であるか？ ない ある 出産歴は？ ない ある(_____ 回)

■検診結果や他院からの紹介状はありますか？ ない あり

■マイナ保険証の方 病院の診療情報取得取得に同意されますか？ 同意する 同意しない

■過去1年間に特定検診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明

■当院をお選びになった理由を教えてください。

当院のホームページを見て 他人に勧められて その他: _____

*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協力をお願いいたします。