問 診 票

ふりがな		性 別	生 年 月 日
名 前		男 ・ 女	昭和 平成 年 月 日 歳
住 所	〒 －		
電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )	

Q1 どのような症状ですか？

発熱（ ℃） せき のどの痛み 鼻水 下痢 腹痛 嘔吐
頭痛 食欲不振 呼吸困難 糖尿病 高血圧 高脂血症
その他 ※皮膚科の場合は大きさ、左右、部位など詳しくご記入下さい。
( )

Q2 その症状はいつからですか？

Q3 他院にかかっておられますか？

いいえ はい（ 病院名 病名 ）

Q4 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。

いいえ はい（ 薬剤名 ）

Q5 薬や注射で、アレルギー反応がでたことがありますか？

いいえ はい（ 薬剤名 症状 ）

Q6 今までに大きな病気、手術をうけられたことはありますか？

いいえ はい（ 病名 いつごろ ）

Q7 40歳以上の方 ： 1年以内に市等で実施している特定健診を受診されましたか？

いいえ はい（ 月ごろ 指摘事項: ）

Q8 ご家族（血縁のかた）に病気の方がいますか？

いいえ はい □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 心臓病 □ 喘息 □ 脳卒中 □ 癌
□ その他 （ ）

Q9 たばこを吸われますか？

いいえ はい（ 1日 ＿＿＿＿＿本 ・ 喫煙歴 ＿＿＿＿＿年 ）
（ 以前吸っていたがやめた ： ＿＿＿＿＿ 前まで吸っていた ）

Q10 お酒を飲まれますか？

いいえ はい（ 毎日 ・ 週1～2回 ・ 時々 ・ 1回の飲酒量 ＿＿＿＿＿ml ）
（ 以前飲んでいたがやめた ： ＿＿＿＿＿ 前まで飲んでいた ）

Q11 女性の方 ： 妊娠中または授乳中ですか？

いいえ はい（ 妊娠中 ・ 授乳中 ）

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、マイナンバー保険証の利用にご協力お願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） マイナ保険証を利用の場合：2点 利用しない場合：6点
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（再診時） マイナ保険証を利用の場合：0点 利用しない場合：2点

医療法人社団斗花会
ベニバナファミリークリニック