問診票

年　月　日

お名前	身長　cm	体重　kg	体温　度
お仕事内容			年齢　歳

(1) いつ頃から、どのような症状がありますか？　例）喉の痛み　転倒して左膝が痛む　など

いつ（　　）頃から

症状（　　）

●食欲　□ ある　□ ない　　●水分　□ 飲める　□ あまり飲めない

(2) 家族構成についてお尋ねします。同居されている方に〇をつけていきください。

〔 配偶者 ・ 祖父 ・ 祖母 ・父 ・ 母・兄弟　名・ 子ども　名・ その他　名・１人暮らし 〕

(3) あなたの血縁関係で、病気にかかったことがある、又は、かかっている人はいますか？
該当するものに〇をつけて下さい。(複数回答可)

（ 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ）（ 癌 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病・ 喘息・肺結核 ）

(4) あなたのお身体についてお尋ねします。現在治療中の病気はありますか？

□いいえ　□はい　→　病名＿＿＿＿＿＿＿＿

※「はい」とお答えの方にお聞きします。どちらに通院されていますか？

□　当院　□他院　→さしつかえなければ病院名お書きください（　　）

★本日、紹介状の持参はありますか？　□　はい　□　いいえ

(5) いつも飲んでいるお薬はありますか？

□いいえ　□はい　→　薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿

(6) 今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？

□いいえ　□はい　→　病名、手術名＿＿＿＿＿＿＿＿

(7) 今までに薬や注射、または食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

□いいえ　□はい　→　薬品名、食べ物の名前がおわかりでしたら教えて下さい。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(8) 生活歴についてお尋ねします。医療費や生活費の支払いが苦しくなることはありますか？

（　ある　・　時々ある　・　まったくない　）　〇をつけてください

(9) アルコール…□飲まない　□飲む　→　＿＿＿＿を１日に＿＿＿＿

たばこ…　□吸わない　□吸う・吸っていた→　＿歳より１日に　本　歳まで＿

□やめたいと思っている　□やめたいと思わない

(10) 3ヶ月以内に渡航歴がある方のみお答え下さい。

日時（　　から　　まで）　渡航先　（　　）

(11) 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか？　□はい　□いいえ　　授乳中ですか？　□はい　□いいえ

(12) 1年間で健康診断（特定健診および高齢者健診）を受けましたか？

□　いいえ　□　はい　（受診時期：　年　月　）（指摘事項：　　）

(13) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

□　いいえ　□　はい

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。

なお、厚労省からは積極的なマイナ保険証の利用をすすめる通知が出されています。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算１：４点　加算２：２点（マイナ保険証利用の場合）

この問診票に記載された個人情報は院内に掲示してある「当院における個人情報の利用目的」に記載のある範囲で利用します