

問 診 票

令和 年 月 日

ID _____	体温 (_____) °C
ふりがな _____	生年月日 _____
氏名 _____	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) (男 ・ 女)
〒 _____	
電話番号 自宅 (_____) _____	携帯 (_____) _____

- いつ頃からどのような症状がおありですか？ (年 月 日頃から)
発熱 下痢 嘔吐 胃痛 咳 咽頭痛 鼻水 腹痛 頭痛 膀胱炎
胸痛 息切れ 動悸 立ちくらみ めまい その他 ()
- 手術を受けたことがございますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・ (年頃) 病名 ()
- 今までにかかったことのある病気の欄に○をいれてください。
肝臓病 () 心臓病 () 高血圧 () 糖尿病 ()
高脂血症 () 癌 () 脳卒中 () 緑内障 ()
その他 ()
- 現在服用中のお薬はございますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・ どのようなお薬ですか？
()
- アレルギーはございますか？ (あり ・ なし)
「あり」の方・・・ ()
- 嗜好品についてお聞きします。
お酒 (1日 _____) たばこ (1日 _____ 本)
- 女性の方にお聞きします。
妊娠している又はその可能性がある (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・ (妊娠 週目) 授乳中である (はい ・ いいえ)
月経についてお聞きします。
月経は順調ですか？ (はい ・ いいえ)
- マイナンバー保険証による診療情報取得にご協力をお願いいたします。(はい ・ いいえ)
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をお願いいたします。

ご協力有難うございました

西原在宅検診クリニック