

問診票

記入日 令和____年____月____日

カルテNo. _____

ふりがな

身長_____cm 体重_____kg

氏名_____大・昭・平・令____年____月____日生まれ(____歳) 性別(男・女)

住所_____

電話 携帯_____ 自宅(____) _____ 緊急連絡先(続柄:____) _____

◆発熱 (あり・なし) あれば体温:

◆他の医療機関からの紹介状 (あり・なし)

◆マイナ保険証診療を使用した情報取得への同意 (あり・なし)

◆今日どのような症状で受診されましたか?

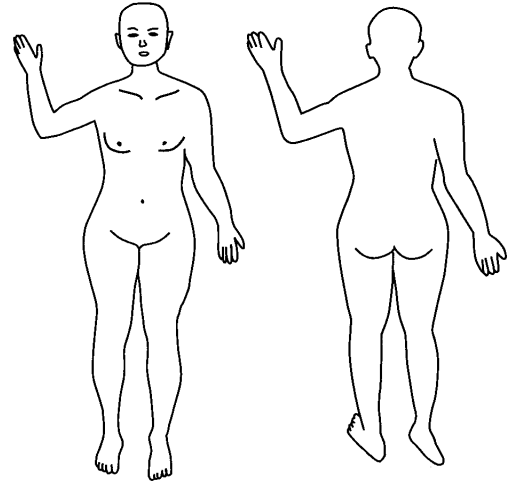
かゆい、痛い、できもの、けが、その他(____)

・いつから?

・どこに? (右の図に○をつけて下さい)

・上記症状に対して何か治療をされましたか?

病院処方薬、市販薬、その他(____)



◆現在他に治療中の病気がありますか? (あり・なし) ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい

内容(病名、医療機関名、治療内容、薬剤名など):

◆アレルギーがありますか? (あり・なし)

喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎・花粉症、食物(____)、
薬(____)、その他(____)

◆治療中に気分が悪くなったことがありますか? (あり・なし)

内容:

◆過去に重い病気や手術、医師から特別な体質といわれたことがありますか? (あり・なし)

内容:

◆1年以内の健診受診 (あり・なし) 指摘された事があれば内容をお書き下さい

◆現在妊娠中ですか? (はい・いいえ)

◆現在授乳中ですか? (はい・いいえ)

◆喫煙 本/日(× 年間)

◆飲酒 合/日

◆解決したい問題、希望する検査や治療、相談したいことなどがありましたらお書き下さい