

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前		男	大・昭・平・令		
		女	年	月	日生 歳
ご住所	〒		電話番号	携帯電話番号	

今日は、どのような症状で来院されましたか？

いつごろから

現在の体温

℃

どこが

どのような症状ですか？

該当する項目に○をしてください。

1. 現在、下記の疾患はありますか？ また、以前かかったことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
- |      |      |      |     |        |        |        |     |
|------|------|------|-----|--------|--------|--------|-----|
| 心臓   | 肝臓   | 腎臓   | 高血圧 | 低血圧    | 糖尿     | 胃炎     | 不眠  |
| 喘息   | 高脂血症 | アトピー | 緑内障 | 前立腺肥大  | 甲状腺    | 痛風     | 脳梗塞 |
| 骨粗鬆症 | リウマチ | 不整脈  | 結核  | 便秘しやすい | 下痢しやすい | かぶれやすい |     |
- その他（ ）

2. 下記のアレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）
- |    |    |        |    |    |     |     |     |
|----|----|--------|----|----|-----|-----|-----|
| 牛乳 | そば | 卵      | 魚  | 貝  | 果物  | その他 | （ ） |
| 花粉 | ダニ | ハウスダスト | カビ | 動物 | その他 | （ ） |     |

3. たばこを吸いますか？
- 吸わない                      吸う      1日 \_\_\_\_\_ 本くらい

4. お酒を飲みますか？
- 飲まない                      飲む（ 毎日 ・ 週3～5 ・ 週1～2 ・ たまに ）

5. 普段飲んでいる薬はありますか？
- いいえ                      はい 薬の名前（ ）

6. 今まで薬で副作用がありましたか？
- いいえ                      はい（ 薬剤名：                      症状：                      ）

7. 今までに輸血の経験はありますか？
- いいえ                      はい      いつ頃 \_\_\_\_\_

8. 女性の方で、現在妊娠中もしくは可能性は？ 授乳中ですか？
- いいえ                      可能性あり                      はい                      授乳中

その他お気づきの点がございましたらお書き下さい。

※個人情報の取扱いについて  
当クリニックでは誤り防止などの安全管理上、患者様をお名前でお呼びいたします。  
その他、個人情報保護につきまして方針、利用目的など院内の掲示物などでご確認ください。

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。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)  
加算3点      加算1点(マイナ保険証を利用した場合)