

【スタッフ記入欄】

ID:

身長: cm 体重: kg

問診票

受診日 年 月 日

体温 °C

ふりがな	生年月日	大 昭 年 月 日	性別
氏名	平 令 (歳)		男 ・ 女
住所	〒 市区		
自宅電話	- -	携帯電話	- -
		緊急連絡先	- -

受診理由	どのような症状ですか	
	症状はいつからですか	
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍/がん () <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在通院中の病院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名:)	
現在の内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *おくり手帳をお持ちでしたら、受付にご提示ください (薬剤名:)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤: その他:)	
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喫煙中 → [1日 本] [年間] <input type="checkbox"/> 禁煙中 → [喫煙時の本数 1日 本] [喫煙年数 年] [禁煙開始 歳]	
飲酒量	<input type="checkbox"/> 飲まない・ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (酒類: 1回の飲酒量: 頻度: 日/週)	
家族歴	ご家族(血縁者)に下記の病歴をお持ちの方はいますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 突然死 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・脳梗塞 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ご関係 () 病名 () / ご関係 () 病名 ()	
渡航歴	ここ1~2ヶ月以内に海外へ渡航したことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 渡航先 () いつ頃 ()	
女性の方へ	妊娠中、または妊娠の可能性はありますか? → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 現在授乳中ですか? → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
健康診断受診歴	この1年間で健診(特定健診または高齢者健診に限る)を受診しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
マイナ保険証について	マイナ保険証による診療情報(特定健診結果や薬剤情報等)取得に同意しますか? (*同意した場合、自己負担が減額となる場合もあります) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

ご記入いただきありがとうございました