

問 診 票

年 月 日

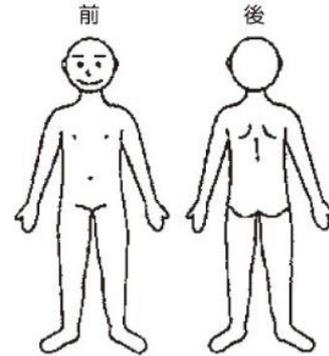
問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。
ご記入の際、不明な点は空白のまま結構です。ご協力お願い致します。

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日
〒 住所		
自宅電話番号 () - ()	携帯番号	
緊急連絡先 () - ()	名称	職業

1. どのような症状でお困りですか？

()

具合の悪い箇所に○をつけて下さい



2. それはいつ頃からですか？

()

3. 現在治療中 又は 今までにかかった病気はありますか？

いいえ はい (高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病
 胃・十二指腸潰瘍 結核 喘息 その他 ())

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ (他医の薬、市販の薬、健康食品等)

いいえ はい ()

5. これまでに飲み薬や注射薬で気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか？

いいえ はい (抗生剤 (抗生物質) かぜ薬 解熱鎮痛剤 造影剤
 その他 ())

6. 今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ はい ()

輸血はされましたか？ いいえ はい

7. 女性の方のみ 妊娠の可能性 無 有

授乳中ですか？ いいえ はい

8. たばこを吸いますか？

いいえ はい (1日 本)

9. お酒を飲みますか？

いいえ はい

10. 検査や治療についてご希望があればお書き下さい。

()

11. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

通りがかりに見つけた 知人からの紹介 () 様
 家族からの紹介 () 様 ホームページを見た
 看板を見た その他 ()

◆オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について◆

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。
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おります。
厚生労働省の規定により医療情報取得加算の算定をさせていただきます。

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡し下さい。