

ID: _____

問診票

ご記入日	令和 年 月 日	生年月日 年齢	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
フリガナ			年 月 日 (歳)
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅Tel	
		携帯Tel	
		身長	c m
ご職業 (職種)		体温	°C

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) が算定になります。
 <マイナ保険証を利用した場合>加算2: 2点 <利用しなかった場合>加算1: 6点

今日はどうされましたか?	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 (色:) <input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> 喘息・COPD等の検査治療 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 禁煙外来の相談 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群の検査 <input type="checkbox"/> 術後の経過観察 <input type="checkbox"/> 健康診断
症状はいつからですか?	<input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前 (年 ヶ月前) から <input type="checkbox"/> 時々症状が出る <input type="checkbox"/> 現在症状はない
<上記以外の症状やご相談内容があればご記入ください>	
現在治療中の病気や 過去に手術・治療を受けた 病気はありますか?	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> がん (部位:) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ない
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (「はい」の方は下の太枠内の項目は省略可能です)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在服用している薬は ありますか? ※お薬手帳があればご提出ください	お薬名: <input type="checkbox"/> ない
1年以内に特定健診を受診されましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご家族に大きな病気を された方は いらっしゃいますか?	続柄: () 病名: <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> がん (部位:) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> いない

2枚目もご記入をお願いします。

お薬でアレルギーが出たことはありますか？	お薬名： 症状： <input type="checkbox"/> ない	
花粉症や食品などのアレルギーはありますか？	[花粉症] <input type="checkbox"/> スギ <input type="checkbox"/> ヒノキ <input type="checkbox"/> その他 () [食品] <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ない	
たばこを吸いますか？ (電子タバコを含む)	<input type="checkbox"/> 現在も喫煙あり <input type="checkbox"/> 過去に喫煙歴あり：() 年前に禁煙 <input type="checkbox"/> 家族に喫煙者がいる：続柄 () <input type="checkbox"/> 喫煙経験なし	※喫煙量： 1日 () 本 () 年間
お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない・まったく飲まない	※飲酒量： 1日 () 合
ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 飼っていない	
当クリニックを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 (病院名：) 紹介状： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページやインターネット <input type="checkbox"/> その他 ()	
【女性の方のみお願いします】	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中 () ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中 (子供の年齢： 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 特になし	

<スタッフ記入欄>

体重： _____ k g SpO2： _____ %

チェック項目

- 保険証返却済 マイナンバーカード使用
 お薬手帳預かり お薬手帳自宅にあり お薬手帳作成 不要
