

カルテ番号 _____

問診表

受診日

年 月 日

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 T・S・H 年 月 日 () 歳 性別 男・女

携帯番号 _____

住所 〒 _____ 県・府 _____ 市 _____

身長 () cm 体重 () kg 体温 () °C 血圧 () HR () 回/分 SpO2 () %

① どのような症状ですか？ _____

② 症状はいつからですか？ _____

③ 既往歴 : 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 高コレステロール血症 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ 脳出血 ・ 脳梗塞
狭心症/心筋梗塞 (ステントあり ・ なし) ・ 気管支喘息 ・ 肺気腫 ・ 間質性肺炎 ・ 腎臓病
逆流性食道炎 ・ 胃潰瘍/十二指腸潰瘍 ・ 肝臓病 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ リウマチ
がん () その他 ()

④ アレルギー : なし ・ あり : _____

感染症 : なし ・ あり : B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他 _____

⑤ 今飲んでいるお薬 : なし ・ あり : _____

⑥ アルコール : 飲まない ・ 機会飲酒 (たまに) ・ 毎日飲む

⑦ たばこ : なし ・ 現在喫煙 ・ 過去喫煙 ・ 禁煙中 () 歳 ~ () 歳まで (本/日)

⑧ アスベスト (石綿) 曝露歴 : (なし ・ あり) ペット飼育歴 (犬 ・ 猫 ・ その他 _____)

⑨ 女性のみ 妊娠していますか？ (いいえ ・ はい) 授乳していますか？ (いいえ ・ はい)

⑩ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (いいえ ・ はい)

⑪ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ (いいえ ・ はい) (病院名 _____)

当院では患者様の同意が得られた場合、診療情報を取得・活用し、より良い医療の提供に努めます。
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。