

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 _____
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 : _____

⑤ 今飲んでいるお薬 : なし ・ あり : _____

* 右記のものは○をつけてください : 血をサラサラにする薬 ・ ステロイド ・ 免疫抑制剤 ・ 抗がん剤 ・ ホルモン薬

⑥ 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)

⑦ 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)

⑧ 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。