

問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 (才)
住 所 〒 埼玉県	
電話番号	()

1. いつ頃から どのような症状でお困りですか？
2. 上記のことで他の医療機関で診察を受けられましたか？
はい → 何と言われましたか？ お薬は処方されましたか？ 紹介状はお持ちですか？
いいえ
3. 最近の体調はいかがですか？
食欲 (ある・普通・ない) 便通 (回 日) 睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)
気になることがある
()
4. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃 (または何歳頃) ですか？
心臓病 () 喘息 () 脳梗塞等 ()
手術を受けたことがある ()
その他 ()
5. 現在、他の医療機関に通院していますか？
はい → 医療機関名・治療内容等記入してください
いいえ
6. 現在、処方されている薬はありますか？
はい → 薬の名前がわかれば記入してください。
いいえ
7. この1年間で健診 (特定健診および高齢者健診に限る) を受診しましたか？
はい → いつ頃ですか？ 何か指摘されましたか？
いいえ

(裏にも質問事項があります)

8. 今までに薬や食べ物でじんましん等のアレルギーを起こしたことはありますか？

はい → その薬や食べ物がわかれば記入してください。

いいえ

9. 嗜好品についてお答えください。

お酒 毎日飲む → 1日量 () 期間 ()

時々飲む

飲まない

たばこ 吸う → 1日 () 本 () 年

吸わない

やめた → やめてから () 年

10. 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ (はい ヶ月・いいえ)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

月経 (順調・不順)

最終月経 (月 日～ 月 日)

閉経 才

11. あなたの血縁関係 (祖父・祖母・父・母・兄弟・子供) で次の病気にかかったことがある、または、かかっている方があればお答え下さい。

がん () 高血圧 () 糖尿病 () 心臓病 ()

結核 () 喘息 ()

その他 ()

12. 検査の結果、がん等の悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか？

希望する

希望しない

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

同意する

同意しない

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) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

14. どのようにして当院をお知りになりましたか？

インターネットで検索

ホームページ

当院の前を通りがかって

看板

ご家族が通院している (いた)

ご友人知人の紹介

ありがとうございました。

上尾胃腸科外科医院