

ID

問診票 2

年 月 日

ふりがな		男・女	電話番号	自宅：
氏名				携帯：
生年月日	年 月 日 (才)	※ 18才未満の方にお伺いします		
住所	〒	保護者氏名：		
		連絡先：		
車のナンバー 車の色()ナンバー()				

以下の質問にお答えください。記入が終わりましたら、玄関横のインターホンを押して下さい。

1) 現在、通院中または治療中の病気はありますか？

■ はい → 下記の当てはまる病名に○をつけて下さい

・ 高血圧症 ・ 心臓病 (不整脈・狭心症など) ・ 糖尿病 ・ 白内障 ・ 緑内障
 ・ 脂質異常 (高コレステロールなど) ・ 呼吸器疾患 (喘息など) ・ 前立腺肥大
 ・ 腎疾患 ・ 整形外科疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ その他 ()

通院している病院を教えてください ()

■ いいえ

2) 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ■ はい ■ いいえ

3) お薬手帳はお持ちですか？

■ はい → 問診票と一緒に、スタッフへお渡しく下さい

■ 忘れた → お薬の名前を教えてください (薬の名前：)

■ いいえ

4) お薬・注射・食品などに、アレルギーはお持ちですか？ (じんましん、気分不快など)

■ はい → アレルギーの原因を教えてください () ■ いいえ

5) 現在、妊娠中ですか？ ■ はい (妊娠何週： 週) ■ いいえ ■ 授乳中

6) お近くに、コロナ・インフルエンザ・発熱の方はいますか？

■ いない ■ いる (コロナ・インフルエンザ・その他 → どなたですか？ ()

7) コロナワクチンの予防接種を受けていますか？

■ 接種していない ■ 接種した回数 (回) → 最終接種日： 年 月

8) 現在、喫煙していますか？ ■ はい ■ いいえ

9) ご様子を教えてください。

月日				
熱				
症状	咳・痰・鼻汁・喉の痛み 息苦しさ・体のだるさ 腹痛・下痢()回 嘔吐()回 頭痛・関節痛	咳・痰・鼻汁・喉の痛み 息苦しさ・体のだるさ 腹痛・下痢()回 嘔吐()回 頭痛・関節痛	咳・痰・鼻汁・喉の痛み 息苦しさ・体のだるさ 腹痛・下痢()回 嘔吐()回 頭痛・関節痛	咳・痰・鼻汁・喉の痛み 息苦しさ・体のだるさ 腹痛・下痢()回 嘔吐()回 頭痛・関節痛
その他				

10) 1年間で健康診断を、受けていますか？ → ■ はい ■ いいえ

11) マイナンバーカードご利用の方におたずねします

・ マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ → ■ はい ■ いいえ

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。

ご記入いただき、ありがとうございました。

【スタッフ記入欄】 ※ ここから下は、記入しないで下さい。

・ 3診 → 説明 (済・未) 移動済 ・ SpO2 : %

・ 専用薬の処方 : あり なし