

共通問診票

年 月 日 ※受診希望の方は下記太枠内を記入し、受付に提出して下さい。

受診 診療科

糖尿病内科
心臓内科
心臓血管外科

内科
呼吸器内科
消化器内科
呼吸器外科
消化器外科
整形外科
形成外科
皮膚科
泌尿器科

※上記の診療科以外、
耳鼻咽喉科・頭頸部外科
脳神経外科 脳神経内科
眼科 乳腺外来
下肢静脈瘤外来
は専用問診票に
ご記載ください。

—以下職員記入欄—

◆紹介状 : 無・有
CD-ROM : 無・有

◆V/Sなど

◆最終飲食日時
月 日
時 分

内容:

◆付き添い

新 患	
登 録 時 間	
受 付 担 当	
看 護 師	
Scan ※するものにレ点チェック	

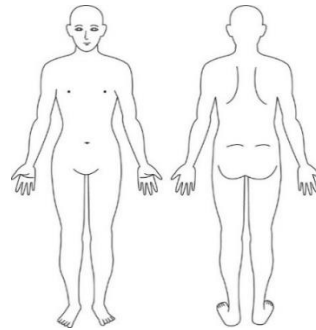
診察券番号:	生年月日		
フリガナ			
お名前	男 女	年 月 日 (歳)	
職業:	身長	cm,	体重 kg
住所: 〒 -	電話番号:	()	
	携帯番号:	()	
緊急連絡先: お名前:	電話番号:	()	
	続柄:		

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ

■いつから、どのような症状がありますか?

いつから:
症状:



・けが ※部位を図に○で囲んでください
(通勤中・工作中・交通事故)

■この1か月で新型コロナウイルス感染症にかかりましたか? ・はい ・いいえ

■現在治療中、または以前にかかった病気はありますか?

当てはまるものを○で囲み、治療内容、医療機関名を記入して下さい

・高血圧 _____ ・肝 ・腎臓病 _____
・糖尿病 _____ ・がん _____
・高脂血症 _____ ・ぜんそく _____
・心臓疾患 _____ ・脳梗塞、脳出血 _____
・その他 _____

■服用中の薬はありますか?(お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

・なし ・あり 薬品名: _____

■今までに手術の経験はありますか?

・なし ・あり いつ頃: _____ 病名: _____

■この一年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか? ・はい ・いいえ

いつ頃: _____ 指摘事項: _____

■薬のアレルギーはありますか? ・なし ・あり: _____

■他にアレルギーはありますか? ・なし ・あり: _____

■たばこ ・吸わない ・過去に吸っていた ・吸う(_____ 本/日 _____ 年間)

■アルコール ・飲まない ・飲む(種類: _____ 1日の量 _____)

■女性の方へ質問です。現在妊娠中ですか?当てはまる項目に○をつけてください。

・妊娠中 ・いいえ ・わからない(最終月経: _____ 月 日~ _____ 月 日)
・授乳中 ・閉経(_____ 歳頃)