

# 問 診 票

ID \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ 氏名 様 男・女	住所 〒
生年月日 T・S・H 年 月 日	電話 番号
身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____ bpm 体温 _____ °C	自宅 ( ) 携帯 ( )

- 本日は下記のいずれをご持参されましたか？
- 健康保険証       マイナンバーカードの保険証
- あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？
- 同意していない       同意した
- 直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？
- 受けていない       受けた（健診名： \_\_\_\_\_ いつ頃： 年 月ごろ）

来院理由 * 健診結果や検査結果をお持ちでしたら受付にお出しください ・ 検査希望 < 胃カメラ・大腸カメラ・エコー・その他 > ・ 自費診療 ・ 健康診断で異常指摘された（内容： _____ ） ・ 体調不良 どのような症状がありますか？ 発熱 / せき / のどの痛み / 胸の痛み / 息苦しい / 腹痛 / 胸やけ / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢 / 便秘 頭痛 / めまい / 倦怠感 / 体重減少 ・ いつから 本日はお食事をされていますか？      ・ はい      ・ いいえ
---

既往歴	高血圧 / 糖尿病 / 脳血管疾患 / 高脂血症 / 喘息 / 胃・十二指腸潰瘍 / 甲状腺疾患				
ない・ある→	心筋梗塞・狭心症 / 緑内障 / その他 ( _____ )				
手術歴	病名(部位など) :	他院	ない	通院先名	
ない・ある→	いつ(年齢など) :	通院	ある→		
服用薬	ない	薬の		ない	
ある→	お薬手帳は受付にお持ちください		副作用	ある→	
アレルギー	ない	女性の方	妊娠の可能性 あり / ない ・ 授乳中		
ある→					
飲酒	ない	一日 ビール ml 日本酒 合	たばこ	ない	一日 本 年間
ある→	その他 _____		ある→		
内視鏡歴	胃カメラ		大腸カメラ		
ない・ある→	いつ(年齢など) :		いつ(年齢など) :		

※当クリニックでは個人情報保護法に基づき適切に管理しております

☆ 当院をどこで知りましたか？

他院より紹介 / 知人・家族の紹介 / ホームページ / 電柱看板 / 住まいが近い / その他( \_\_\_\_\_ )