

共通問診票

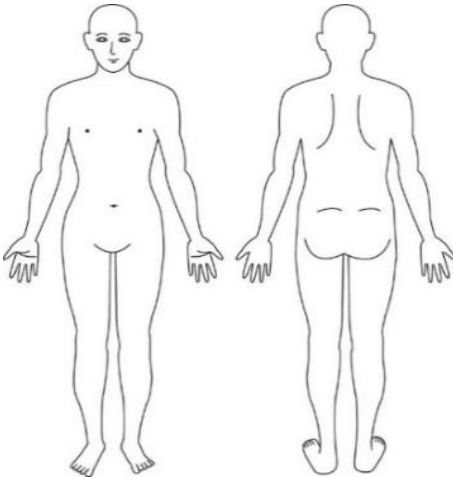
記入日

令和 年 月 日

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

※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。

| | | | |
|---|---|----------|-------|
| 診察券番号： | 生年月日 | | |
| フリガナ | | | |
| お名前 | 男女 | 年 月 日 | 日生 |
| 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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) | | | |
| ■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） | | | |

※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
皮膚科
眼科
乳腺外科
泌尿器科
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 ※するものにシスタック | |