

呼吸器内科 問診票

記入日

令和 年 月 日

必ずマスク着用し診察を受けてください

診察を円滑に行うために、必要事項の記載をお願いいたします

ID: _____	身長: _____ cm	体重: _____ Kg
ふりがな _____	男	生年月日 _____
氏名 _____	女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所: _____	電話番号: _____	(自宅) (携帯)

問診票を記載されている方が本人でない場合 [お名前 _____ ご関係 _____]

当クリニックは診療情報を取得・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
- 1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ あてはまるもの全てに✓をつけてください
- | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| ☐ 咳が出る | ☐ 呼吸が苦しい | ☐ 胸が痛い | ☐ ひゅーひゅー、ぜーぜーする |
| ☐ 痰が出る | ☐ 熱がある(_____ °C) | ☐ 微熱が続く | ☐ 風邪症状(_____) |
| ☐ 他病院からの紹介 | ☐ 健診で指摘を受けた | | |
| ☐ その他(_____) | | | |
- 2. 上記の症状はいつからですか
- | |
|--|
| ☐ _____ 月 _____ 日からもしくは(_____)日前から |
| ☐ (_____)力月前から ☐ (_____)年前から |
| ☐ いつからかわからない |
- 3. 他の医療機関で診察を受けられましたか？
- | | | |
|-----------------------------|--|--------------|
| ☐ ない | ☐ ある(☐ 薬の処方 ☐ 点滴 ☐ 入院を勧められた) | 医療機関名: _____ |
|-----------------------------|--|--------------|
- 4. 現在、治療中の病気で使われているお薬はありますか？
- | | |
|-----------------------------|--|
| ☐ ない | ☐ ある → 病名 _____ |
| | 薬品名 _____ |
- 5. 今までにかかった病気や手術を受けたことがありますか？
- | | |
|-----------------------------|---|
| ☐ ない | ☐ ある → いつ頃・どんな病気ですか？ _____ |
|-----------------------------|---|
- 6. 薬や食べ物のアレルギーがありますか？
- | | |
|-----------------------------|--|
| ☐ ない | ☐ ある → 詳しく(_____) |
|-----------------------------|--|
- 7. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？
- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ない | ☐ ある | ☐ わからない | ☐ 閉経 |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
- 8. タバコは吸いますか？
- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------|
| ☐ 全く吸ったことがない | ☐ 吸っている | 1日(_____)本(_____)歳～ |
| ☐ 昔吸っていた | 1日(_____)本(_____)歳～(_____)歳もしくは _____ 月 _____ 日まで | |
- 9. この1年間で健診を受診しましたか？
- | | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| ☐ いいえ | ☐ はい → 指摘事項 _____ | ☐ なし | ☐ あり(_____) |
|------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師	scan