

ID:

問診表

R 年 月 日

フリガナ

生年月日：大正・昭和・平成・令和

氏名 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____ 町田市・相模原市

電話番号 自宅 (_____) 携帯 (_____)

緊急連絡先 (_____) * 本人様以外の電話番号をご記入ください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

体温 _____ °C

1 マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

☐ 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。

2 他の医療機関からの紹介状はありますか？

☐ いいえ☐ はい

3 どのような症状で来院されましたか？ その症状は _____ 月 _____ 日頃から・ _____ 日前から・ _____ か月前から

☐ 腹痛（胃のあたり、下腹、右腹、左腹、その他） ☐ 胸やけ ☐ 食欲不振 ☐ 便秘 ☐ 吐き気☐ 嘔吐（ _____ 回） ☐ 下痢（ _____ 回） ☐ 血便 ☐ 胸の痛み ☐ 動悸 ☐ 息苦しさ ☐ めまい ☐ 体がだるい☐ 発熱（ _____ °C） ☐ 筋肉痛・関節痛 ☐ 頭痛 ☐ 咳・痰 ☐ のどの痛み・違和感 ☐ 鼻水・鼻づまり☐ その他 _____4 現在治療中の病気はありますか？ ☐ いいえ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 心臓病 ☐ 喘息 ☐ 肝臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 胃腸の病気☐ その他 (_____)☐ 今までにかかった病名がわかればお書き下さい (_____)

5 現在服用している薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい（薬名： _____)

* お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

6 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい（薬品名： _____ 食品： _____ 症状： _____)

7 この1年間で健康診断を受診しましたか？

☐ いいえ ☐ はい（時期： _____ 指摘事項： _____)

8 喫煙・飲酒についてお答えください。

たばこ： ☐ 吸わない ☐ 吸う（ _____ 本／日、喫煙歴 _____ 年） ☐ 過去に吸っていたがやめたアルコール： ☐ 飲まない ☐ 飲む

9 女性の方のみお答えください。

妊娠されていますか？ ☐ いいえ ☐ はい（ _____ 週） or（出産予定日 _____ / _____)授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

* 問診表に記載された個人情報、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。

さくらメディカルクリニック 2023. 07