

問診票

【フリガナ】

【生年月日】

【性別】

【お名前】 _____

大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳

男 女

〒

【電話番号】

【住所】 _____

携帯電話 _____ 自宅 _____

【緊急連絡先】 お名前 _____ 電話番号 _____ 続柄 _____

- ・本日の症状について該当するものに□ をつけてください。

症状はいつからありますか? () 日前 () ヶ月前 () 年前

- 胃の痛み 下腹部の痛み(右・左) 胸の痛み 腰の痛み 背中の痛み 頭の痛み
 首の痛み 腕の痛み 足の痛み 手指・関節の強張り、痛み 他の痛み(部位: _____)
 嘔吐 嘔気 胸やけ 吐血
 下痢 便秘(_____ 日に 1 回) 下血・血便 腹部膨満感 黄疸
 頻尿 排尿痛 動悸 息苦しさ 不整脈 (手・足) のむくみ(右・左)
 不眠 食欲不振 倦怠感 急激な体重の変化(増減)
 ふらつき めまい 貧血 高血圧 低血圧 (血圧 _____ / _____ mmHg)
 咳 咽頭痛 鼻水 痰 関節痛 発熱(体温最高 _____ 度)

最終食事摂取時間 今日 昨日 () 時 摂取

- ・本日のご相談内容について該当するものに□ をつけてください。

- 糖尿病 消化器疾患(肝臓・脾臓・潰瘍性大腸炎・クローン病) リウマチ・膠原病
 腎臓内科 脳神経内科 循環器内科 ※各専門外来をご案内する場合がございます。
 健康診断希望(自費) (人間ドック・一般健診・長崎市癌検診)
 健康診断の精密検査希望 (異常項目 _____)

(**検査結果** 及び **紹介状** をお持ちの方は問診票と併せてご提出をお願い致します)

- ・上記以外の症状、補足等ありましたらご記入ください。

- ・ご希望の検査があれば□ をつけて下さい。

- 胃カメラ 大腸カメラ エコー検査 レントゲン リウマチ検査 血液検査 尿検査

※本日お食事されていない場合、上記全ての検査が当日施行可能です。

ただし、来院時間・予約状況により検査できない場合もありますのでご了承ください。

- ・今回の症状に対して他の病院にかかりましたか?

いいえ

はい 病院名 _____ 治療内容 _____ 紹介状 あり なし

裏面の記載もお願いいたします。

- ・現在、治療中の病気、通院中の病院はございますか？

いいえ

はい

病名 _____ **病院名** _____ **治療内容** _____

- ・ご家族に下記の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？

がん 高血压 糖尿病

- ・下記の病気について治療を受けている方は□ をつけてください。

心臓病 緑内障 前立腺肥大症（男性）

- ・下記のお薬を服用中の方は をつけてください。

□ 抗血小板薬（血液をサラサラにするお薬 ワーファリンなど）

- ・現在お飲みになられている お薬 はございますか？

いいえ はい お薬名

※お薬手帳をお持ちの方はお薬名記入不要です。問診票と一緒に お薬手帳 をお出しください。

- ・お薬・注射・食べ物の **副作用・アレルギー** が出たことはございますか？

いいえ はい お薬・注射・食べ物の名前 _____

- ・たばこは吸いますか? いいえ (禁煙中) はい (禁煙希望)

：お酒は飲みますか？ いいえ はい（1目の飲酒量）

【女性の方のみ】

- ・妊娠中ですか? いいえ はい 　　　・授乳中ですか? いいえ はい

- ・マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

- ・この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？ はい いいえ

受診時期（ ） 指摘事項（ ）

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。

- ・当医院をお知りになったきっかけを教えてください（任意）

- 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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 初診時 加算 1:4 点 加算 2:2 点（マイナ保険証を利用した場合）