

# 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

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

- |                                      |                                                    |                                   |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病         | <input type="checkbox"/> 消化器疾患(肝臓・膵臓・潰瘍性大腸炎・クローン病) | <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科        | <input type="checkbox"/> 脳神経内科                     | <input type="checkbox"/> 循環器内科    |
| ※各専門外来をご案内する場合がございます。                |                                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> 健康診断希望(自費)  | ( 人間ドック ・ 一般健診 ・ 長崎市癌検診 )                          |                                   |
| <input type="checkbox"/> 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。

- |                               |                                |                                |                                |                                 |                               |                              |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃カメラ | <input type="checkbox"/> 大腸カメラ | <input type="checkbox"/> エコー検査 | <input type="checkbox"/> レントゲン | <input type="checkbox"/> リウマチ検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 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 ☐ 高血圧 ☐ 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 をお出してください。

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください。

・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日の飲酒量 \_\_\_\_\_）

#### 【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）