

いとう医院 問診票

年 月 日

ふりがな 氏名		年齢	歳	性別	男 ・ 女
		職業			
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	下記のいずれで当院を知られましたか？ □他の病院からの紹介状あり _____より □家、職場などの近所だから □知人・家族等から聞いて □よく通る道だから □インターネット/ホームページ □その他(
住所	〒				
電話番号					
身長_____cm		体重_____kg		本日の体温 _____度 平熱 _____度くらい	
マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（お持ちの方のみ） □はい □いいえ					

1. 本日受診された理由(症状など)を教えてください

- ☐ 発熱 ☐ 頭痛 ☐ 鼻水 ☐ 咳 ☐ たん ☐ のどの痛み ☐ だるさ ☐ 吐き気・嘔吐
- ☐ 食欲不振 ☐ 腹痛 ☐ 胸焼け ☐ 胃痛 ☐ 便秘 ☐ 下痢 ☐ 血便 ☐ 肛門痛
- ☐ 胸の痛み ☐ 動悸(どうき) ☐ 息切れ ☐ 血圧の異常 ☐ 関節痛 ☐ 腰痛 ☐ 背部痛
- ☐ 手足のむくみ ☐ 排尿の異常(頻尿、排尿時痛、尿もれ、等) ☐ 健診目的 ☐ 健診で異常があった
その他・詳細

2. 上記の症状はいつ頃からありますか？ _____月 _____日 _____頃から

3. 現在、他の病院・クリニックで治療を受けていますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は病医院名、病名、お薬の内容、投薬期間などをおしえてください。

4. 過去に、病気・けがなどで入院や手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は時期、病院名、病名、治療期間などをおしえてください。

5. 薬や食物のアレルギーはありますか？ はい () ・ いいえ

6. タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 以前吸っていた(_____頃まで) ・ 吸う (一日に_____本 × _____年)

7. お酒を飲みますか？ 飲まない ・ 時々飲む ・ かなり飲む _____を一日に_____ くらい

8. 女性の方のみ) 現在、妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

9. 女性の方のみ) 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

10. その他に何かご希望があればご記入ください。 (採血をして欲しい、等)

*とくに具合が悪い方は、問診票記載時におっしゃってください。状態によって診察の順番等を配慮させていただくことがあります。

◆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務めています。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(2023年度は6点)(マイナ保険証を利用しなかった場合)、加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)