

【初診】問診票

患者番号[] 登録[]

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	職員記入欄
氏名				男・女	
生年月日	大・昭・平	年	月	日 ()歳	
住所	〒				
携帯電話			固定電話		

マイナ保険証の利用や問診票等を通して、診療情報(薬剤情報、特定健診情報やその他必要な情報)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おります。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致します。

1. マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ する しない 持っていない

2. 前回の健康診断はいつでしたか？ (年 月 日)

3. 本日はどのような症状で来院されましたか？

()

・その症状はいつからありますか？

()

・上記の症状で他院を受診されましたか？

いいえ はい(病院名 紹介状: なし・あり)

・現在の痛みやつらさはどの程度ですか？(数字に○をつけて下さい)



0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10



全く痛くない・つらくない

我慢できない程、痛い・つらい

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？(外用薬・点眼薬も含める)

なし あり ()

・血液をサラサラにする薬(ワーファリン・バイアスピリン・クロピドグレルなど)や経口避妊薬はありますか？

なし あり ()

*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は省略可

*お薬手帳または説明用紙があればご提示ください。

裏面に続きます

5. 今までに病気やけがで治療を受けたことがありますか？ なし あり
- ()歳 病名() 治療済み 治療中
- ()歳 病名() 治療済み 治療中
- ()歳 病名() 治療済み 治療中
- ()歳 病名() 治療済み 治療中
6. お薬や食べ物でアレルギーはありますか？
- なし あり ()
7. 現在、タバコを吸っていますか？
- 喫煙したことがない 現在喫煙中:()本/日()年間
- 禁煙をした:()歳から禁煙 以前()本/日()年間喫煙
8. お酒は飲みますか？
- 飲まない 飲む()日/週 種類() 1日の量()合・ml
9. 夜はよく眠れますか？
- はい いいえ 平均睡眠時間はどのくらいですか？ 約()時間程度
10. ご家族(血縁者)に、以下の病気の方がいますか？
- いらっしゃる場合は、病名に○印を付け、()内に続柄を記入してください。
- 例: 高血圧 (母)
- 高血圧()・心臓病()・糖尿病()・脳卒中()
- 脂質異常症(高脂血症)()・癌()・その他()
11. (女性の方のみ) 現在、授乳中もしくは妊娠の可能性はありますか？(放射線検査実施の確認のため)
- いいえ 妊娠中()週目 妊娠の可能性ある 授乳中
12. もし仮にがんになったときには告知を希望しますか？
- はい いいえ
13. 最後に食べ物や飲み物を摂取したのは何時ですか？
- 飲食していない 飲食した:()を()時頃
14. 現在入院中、または入所中ですか？
- いいえ はい(病院・施設名:)
15. その他
- ご職業() ■同居者()
- 緊急連絡先(ご本人以外)
- [氏名:] [電話:] [続柄:]
- 介護認定: なし・あり (要支援 1 2、 要介護 1 2 3 4 5)