

診察申込書 兼 問診票

診察に必要な情報ですので、ご記入をお願いいたします。

体温 (クリニックで記入します) :

記入日: 年 月 日

ふりがな

氏名 (男・女)

生年月日 大 昭 平 年 月 日 (才)

ご職業 () 身長 (約 cm) 体重 (約 kg)

現住所 □□□□□□□□

昼間の連絡先 () —

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか (同意する・同意しない)
- ・本日、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか (紹介状がある・ない)
- ・この1年間で健診を受けましたか (受けた・受けていない (年 月頃 指摘事項))
- ・女性の方にうかがいます。現在、妊娠・授乳していますか (いいえ・妊娠中 (妊娠週数 週)・授乳中)

1. 本日はどうなさいましたか?

.....

2. それは、いつからですか? から

3. 経過はどうですか? (良くなっている ・ 同じ ・ 悪くなっている)

4. そのことですでに医師の診察を受けていますか? (受けていない ・ 受けている)
すでに薬をのんでいますか? (いない ・ いる)

| | | | |
|------|-----|----------|----|
| 医療機関 | いつ頃 | 治療内容・処方薬 | 日分 |
|------|-----|----------|----|

5. 他の医療機関に、定期通院していますか? (いない ・ いる)

| | | | |
|-------|-----|----------|----|
| 医療機関名 | いつ頃 | | |
| 病名 | | 治療内容・処方薬 | 日分 |

2枚目に続きます→

6. 普段から飲んでいるサプリメントはありますか？ (ない ・ ある)

サプリメント名：

7. これまでに大きな病気、手術、外傷などがありますか？ (ない ・ ある)

医療機関名
治療内容

病名

いつ

過去、または現在で当てはまるものがあれば○をつけてください

ぜんそく 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 脳梗塞 心臓病 結核 癌 (部位：
腎臓病 緑内障 前立腺肥大)

8. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？ (ない ・ ある)

9. 飲み薬、注射薬で具合が悪くなったことはありますか？ (ない ・ ある)

具合が悪くなった薬剤名：

10. 下記の中で当てはまるものを選んで下さい。

普段の便通： (快便 ・ 下痢 ・ 便秘)

タバコ： (吸わない ・ 吸う)

酒： (のまない ・ ほぼ毎日のむ ・ ときどきのむ)

11. 当クリニックにいらしたきっかけをお教えてください (複数回答可)

自宅に近いから 勤め先が近いから 通りがかり 知人にきいた 家族にきいた 他の病院の医師の紹介
 ホームページを見て Web (病院なび) を見て Web (お医者さんガイド) を見て

12. その他、何かご質問、ご相談、ご要望はありますか？

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。