

高松メディカルクリニック問診票

氏名:

※以下の質問の該当する□にレ(チェック)を記入したり、直接回答を記載して下さい。話しにくいことは、診察室で直接医師にお話下さい。

1、今日どのような理由で来院されましたか？ ①一番困っている事()
②いつから、どのような症状があるかご記載して下さい。

2、現在、他の病院に通院していますか？ □いいえ □はい 病名と医療機関名をお書き下さい。
① の病気で 病医院
② の病気で 病医院

3、現在、他の病院から薬を処方されていますか？ □いいえ □はい
※お薬手帳や薬の説明書があれば、受付にご提示下さい。なければ薬剤名をお書き下さい。
① ② ③
④ ⑤ ⑥

4、女性の方に伺います。

①現在妊娠されていますか？ □いいえ □はい ②現在授乳中ですか？ □いいえ □はい

※以下の項目は以前当院を受診した際、すでに書かれた方は記載する必要はありません。変更のあった場合のみご記入ください。

5、特記するような病気を患ったことはありますか？ □ない □ある(ある場合は下記して下さい)

① 歳 の病気 ② 歳 の病気
③ 歳 の病気 ④ 歳 の病気

6、手術を受けたことがありますか？ □ない □ある ① 手術 歳
② 手術 歳 ③ 手術 歳

7、輸血を受けたことがありますか？ □ない □不明 □ある(いつ頃ですか？ 年)

8、以下のような感染症をお持ちですか？ □B型肝炎 □C型肝炎 □HIV

9、①利き腕は□右、□左 ②身長は()cm ③体重は()キロ

④今迄の最高体重は()キロ ⑤20歳の時の体重は()キロ

10、タバコは？ □吸ったことはない □吸う □禁煙した(歳) 今迄(約 本/日 × 年)

11、お酒は？ □のまない □付き合い程度 □定期的に飲む

(種類: 量: ×週: 日)

12、職業は？ □無職 □家事 □働いている()

13、血のつながった家族、親族で次の病気の方はいますか？ ()の中に血縁関係を書いて下さい。

①癌() ②脳卒中() ③狭心症や心筋梗塞()

④高血圧() ⑤糖尿病() ⑥高脂血症()

14、薬を使用して副作用が出たことがありますか？ □ない □ある()

15、食物アレルギーはありますか？ □ない □ある()

16、マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ □はい □いいえ→問17にお答え下さい。

17、この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことが□ない □ある(下記を)

受診時期: 指摘事項、項目:

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。

※当院では、節約のため裏紙を再利用する場合があります。ご容赦下さい。

一般用:2022/09/18改訂