

# 問 診 用 紙

(下記の項目に記入、または○でかこんでください)

年 月 日

ふりがな					性別	男	女
お名前							
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日
ご住所 電話番号	〒 ( ) -						

<b>1. 具合の悪いところをお聞かせください。(のどが痛い、鼻づまり、耳鳴り等)</b>	
( ) 日前 ・ ( ) ヶ月前 ・ ( ) 年前 頃から 具体的には……:	
○本日紹介状はお持ちですか？( )はい( )いいえ      ○小学生以下の方は      体重      Kg	
<b>2. 治療中もしくは指摘されている病気はありますか？</b>	
高血圧    心臓病    喘息    緑内障    糖尿病    前立腺肥大    その他( )	
<b>3. 現在、病院などから処方されている薬はありますか？</b>	
( )はい	⇒ お薬手帳や説明書か、お薬をお見せください。
( )いいえ	⇒ 病院、医院名を教えてください。( )
<b>4. 過去に、薬の副作用の経験はありますか？</b>	
( )はい	⇒ どのような薬ですか？また、その症状はどのようなですか。(発疹・気分不良・等)
( )いいえ	⇒ ( )
<b>5. たばこを吸っていますか？</b>	
( )現在吸っている	( ) 本/日
( )かつて吸っていたことがある	⇒ いつから？      歳頃
( )吸った経験はない	(いつまで？      歳頃)
<b>6. お酒を飲みますか？</b>	
飲まない( )         毎日、    時々・付き合い程度(週    回)、    禁酒中	
<b>8. 女性の方にお聞きします。</b>	
現在 妊娠中(    週)・授乳中         妊娠の可能性はありますか？ (ある    ない)	

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。

○本日マイナ保険証をご利用の方は、ご自分の診療情報取得に同意いただけますか？

( )同意する      ( )同意しない