

# 問 診 票

体温	℃	年	月	日
フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒			
連絡先	自宅 ( )	携帯	( )	

1	<p>当院にて、マイナ保険証を提示し情報取得に同意しましたか？(来院時ご記入下さい)</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>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お願い致します。</p> </div>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
3	<p>薬や食べ物にアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬品: 食品: 症状: )</p>
4	<p>現在治療中、または今までにかかった病気、怪我、手術はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (病名等: )</p>
5	<p>いつから・どのような症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>今日 <input type="checkbox"/>昨日 <input type="checkbox"/>1週間前 <input type="checkbox"/>1ヶ月前 その他( )</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>せき・痰 <input type="checkbox"/>喉の痛み <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>鼻づまり</p> <p><input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>吐気 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>ふるえ <input type="checkbox"/>喋りにくい</p> <p><input type="checkbox"/>しびれ ⇒ 左・右 部位( )</p> <p><input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>物忘れ その他( )</p>
6	<p>服用中の処方薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい ⇒ <input type="checkbox"/>手帳あり ※受付にお出し下さいませ</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>手帳なし 薬剤名( )</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※マイナ保険証による情報取得に同意した場合は、直近1ヶ月以内の処方のみをお書き下さいませ</p>
7	<p>この1年間で【特定健診】または【高齢者健診】を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 受診時期( ) 指摘事項( )</p>
8	<p>女性の方のみお答え下さいませ</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠中( 月) <input type="checkbox"/>妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/>授乳中( 月)</p>

体重(15才以下)	kg
-----------	----