

問診票

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つとめています

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

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

ふりがな
名 前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳） 職業 _____

住所 〒 _____ 電話番号（自宅） _____ （携帯） _____

身長 _____ c m 体重 _____ kg 血圧 _____ mmHg、脈拍 _____ bpm、体温 _____ °C

本日は下記のいずれかを持参されましたか

☐保険証 ☐マイナンバーカードの保険証（以下マイナ保険証）

マイナ保険証での受診のかたにおたずねします

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか

☐同意した ☐同意していない

直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか

※前述の質問で、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です

☐受けていない ☐受けた（健診名 _____ ）
（いつ頃か _____ 年 _____ 月頃）

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか

☐いいえ ☐はい

これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

☐いいえ ☐はい（具体的に： _____ ）

一番治したいこと _____

いつから症状が始まりましたか？その症状は現在までにどのように変化しましたか？

家族の状況

父 () 歳 健康・病気がある () ・死亡 () 歳

母 () 歳 健康・病気がある () ・死亡 () 歳

配偶者 () 歳 健康・病気がある () ・死亡 () 歳

兄弟の数 () 人

子 () 人

結婚歴

未婚・結婚 () 年・別居・離婚・死別

今までにかかった病気・けががある場合お答えください

() について通院・入院・手術した

それは、いつごろですか？ () 年(歳)頃

現在他の病院に通っている場合お答えください

() のため、() 年頃から () 病院に通っている

薬を処方されている

(薬品名)

これまでに漢方薬を飲んだことがある場合お答えください

() を () 病院・薬局から出されて

() 月・年くらい飲んだことがある

月経の状態(女性のみ)

初経 () 歳、閉経 () 歳、最終月経 () 歳、妊娠の可能性(あり・なし)

順調・不順、月経周期 () 日、出血期間 () 日、出血量(多・ふつう・少)

月経痛 (~ 日目)、鎮痛剤を使っている場合、その名称 ()

排卵痛、月経前の違和感・疼痛、帯下、分娩 () 回、

自然流産 () 回、人工流産 () 回

食欲 よい・普通・ない

睡眠 よい・普通・眠れない(寝付きが悪い・途中で目が覚める・早朝に目が覚める・夢をよく見る)

小便 1日に () 回、夜間に () 回

大便 日に () 回(硬い・普通・軟らかい)下痢・出にくい・痔がある

当てはまるものに○を、特にひどいものに◎をつけてください

疲れやすい・気分が憂うつになる・物忘れをする・イライラする・汗をかきやすい・寝汗をかく・

頭痛・頭重・頭鳴・耳鳴・難聴・めまい・のぼせる・立ちくらみ・視力低下・目が疲れる・

目がかすむ・目がショボショボする・目のクマができやすい・くしゃみ・鼻汁・

鼻汁がのどにおりる・鼻づまり・鼻血・のどが痛む・のどがつかえる・のどが渇く・

水分をよくとる・口の中が乾燥する・唇が乾く・咳・痰・喘鳴・息切れ・動悸・胸痛・

口が苦い・生唾が出る・げっぷ・胸焼け・みぞおちがつかえる・嘔気・嘔吐・乗り物酔い・
腹痛・腹が張る・腹が鳴る・ガスが良く出る・性欲の減退・爪がもろい・髪が抜けやすい・
皮膚がかサカサする皮膚のかゆみ・しもやけができる・足に力が入らない・足がふらつく・
手がこわばる

こる：首・肩・背中・腰 その他（ ）

痛む：手・足・肩・膝・腰 その他（ ）

しびれる：手・足 その他（ ）

ふるえる：手・足 その他（ ）

冷える： 手・足・腰 全身 その他（ ）

ほてる： 顔・手・足 その他（ ）

むくむ： 顔・手・足 その他（ ）

その他気になる症状があればお書きください

よくとる飲食物

甘いもの 塩辛いもの 酸っぱいもの 油っこいもの 冷たいもの 温かいもの
肉（牛・豚・鳥） 魚（焼・煮る・刺身） 野菜（生・温） 海草 卵 乳製品 果物
菓子 炭酸飲料

嗜好品

酒：日本酒 ビール ウイスキー 焼酎 ハイボール その他（ ）

タバコ 吸わない・吸っていた （ 歳から 歳まで）

吸っている（ 歳から）1日（ ）本

飲み物 コーヒー 紅茶 日本茶 その他（ ）1日（ ）杯

当院受診のきっかけ（いくつでも）

自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介（紹介者： ）

医師のすすめ（ ） その他（ ）

ご記入ありがとうございました

研究学園ななほしクリニック