

日付_____

問診票 Ver.13

No. _____

ふりがな

お名前：_____大昭平令 年 月 日生 歳：男女

ご自宅住所：〒_____

Tel () _____

日中連絡先の名称など：

Tel () _____

診療のための大切な資料になります。お答えになれる範囲でご記入をお願いいたします。

① 現在 なにか内服薬や外用薬を常用していますか？（市販薬やサプリメントなどを含む）

（いいえ：はい _____）

② 緑内障または前立腺肥大をお持ちですか？排尿がうまくいかないことはありませんか？

（いいえ：はい _____）

③ 現在 妊娠していますか？ いない いる（ カ月）

④ ぜんそく、アトピー性皮膚炎、花粉症、じんましん などのアレルギー性の病気をおもちですか

（いいえ：はい _____）

⑤ これまでに大きな病気にかかったり、入院したり、手術したことはありますか

何歳頃 _____ どんな病気で _____

何病院で _____ どんな治療を _____

何歳頃 _____ どんな病気で _____

何病院で _____ どんな治療を _____

何歳頃 _____ どんな病気で _____

何病院で _____ どんな治療を _____

⑥ 健康診断や人間ドックで異常を指摘されたことがありますか

（いいえ：はい _____）

⑦ 血縁の方の中に以下の病気をお持ちの方がいらっしゃいますか

高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、高脂血症、がん、喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎
リウマチや膠原病、甲状腺の病気、肝臓病、胃腸病、結核

（ _____ が病名 _____ ）（ _____ が病名 _____ ）

（ _____ が病名 _____ ）（ _____ が病名 _____ ）

（ _____ が病名 _____ ）（ _____ が病名 _____ ）

⑧ タバコは _____ 歳から吸いはじめ、1日平均 _____ 本吸っている。または、 _____ 歳ごろやめた。

⑨ アルコールは （飲まない または おつきあいで少々）、

（飲む：何を _____ 1日平均 _____ くらい）

⑩ お薬や食べ物で じんましんやアレルギーが出たことがありますか

（いいえ：はい なにでどうなりましたか？ _____）

⑪ 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

⑫ 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ

当院は医学に基づく診断と治療を提供いたします。この問診票の提出により、医学診断の基本かつそれに不可欠な、前胸部を含む身体必要各所の視診、聴診、触診を一々断りなく受け入れる診療契約に同意したものとみなします。

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）です。マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的にご利用ください。