

ID _____

問 診 票 (新患)

令和 年 月 日

フリガナ				性 別	男・女	体温 () (°C)
氏 名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 / 満 歳	身長 ()	体重 () (kg)
住 所	〒 _____ 多治見市 () 市					
電話番号	ご自宅 () _____ 携帯 _____ ※ご自宅・携帯両方の記入にご協力をお願い致します。					

1	<p>本日はどのような症状でご来院されましたか？</p> <p>① いつから ()</p> <p>② あてはまるものに○をおつけください。</p> <p>発熱 (最高 度) ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ せき ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり 吐き気 ・ 嘔吐 (回) ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ 血便 胸の痛み ・ 胸の圧迫感 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ めまい ・ むくみ ・ 血圧が気になる 胃が痛い ・ 胃がもたれる ・ 体が痛む (部位) 尿が近い ・ 排尿時に痛みがある ・ 尿に血が混じる 他の病院や健診などで異常を指摘された ※紹介状や健診結果があれば先に受付に提出をお願いします。 健康診断 その他の症状 ()</p>
2	<p>現在治療中または今までにかかった病気はありますか？</p> <p>高血圧 ・ 心不全 ・ 不整脈 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳卒中 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ ぜんそく ・ 花粉症 その他の病気 () →現在どちらかの病院で治療中ですか？ はい (医療機関名) ・ いいえ</p>
3	<p>現在飲まれている薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？</p> <p>ない ・ ある () ※お薬手帳など、薬の内容が分かるものがあれば先に受付に提出をお願いします。</p>
4	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p>ない ・ ある (薬品名: _____ 食品: _____)</p>
5	<p>喫煙・飲酒についてお答えください。</p> <p>たばこ : 吸わない ・ 吸う (一日 本 / 喫煙歴 年) ・ 過去に吸っていたが禁煙した 飲酒 : 飲まない ・ 飲む (週 日 / 種類・量)</p>
6	<p>女性の方で該当される方は○をおつけください。</p> <p>妊娠中 (週) ・ 授乳中</p>
7	<p>当院にご来院されたきっかけは何ですか？</p> <p>近隣 ・ 看板 ・ ホームページ ・ 家族や知人からの紹介 (様) ・ その他 ()</p>

記載いただいた情報は、患者様の診療の目的以外には使用いたしません。

- ◆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」を算定しております。

入力者サイン
()