

ID \_\_\_\_\_

# 問 診 票 (新患)

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	体重	kg		
氏名				※小学生以下の方は必ずご記入ください			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	(満 歳)	身長	cm
住所	〒 - 多治見市						
電話番号	自宅 ( ) - 携帯 - - ※車内でお待ちの方は必ず携帯電話番号をご記入ください。						

1	<p>本日はどのような症状でご来院されましたか？ ○をおつけください。</p> <p>発熱 (いつから 最高 ℃) 頭痛 のどの痛み せき 痰 鼻水 鼻づまり 倦怠感 吐き気 嘔吐 ( 回) 下痢 ( 回) 腹痛 便秘 花粉症 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</p> <p>※上記の症状はいつから始まりましたか？ 今日 昨日 2日前 3日前 1週間前 ( )ヶ月前 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。 健康診断で来院 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大きな病気はありますか？→ あり・なし</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 ( )</p> <p>→現在どちらかの病院で治療中ですか？・治療中 (医療機関名 )・治療終了・治療していない</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 ( 種類 )</p> <p>※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： 食品名： )</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。

電カル入力者  
( )