

# 診 療 問 診 票

フリガナ			男・女	身長	cm
氏名				体重	kg
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)				
住所	〒				
自宅電話	( )	—	職業		
携帯電話	( )	—			
1) 本日の来院目的					
<input type="checkbox"/> 診察希望 現在の症状を記載してください。その症状はいつからですか。  <input type="checkbox"/> 内視鏡検査予約 ( ・胃カメラ ・大腸内視鏡 ・両方 ・相談してから決めたい )					
2) ①過去に治療した病気や手術した病気はありますか。 ない ・ ある					
[ ]					
②現在、他の医療機関に通院されていますか。 いいえ ・ はい					
[ 医療機関名： 病名または症状： ]					
③この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか。 いいえ ・ はい					
④服用している薬はありますか。 ない ・ ある					
※マイナ保険証による「オンライン資格確認」または「お薬手帳」で薬剤情報の確認をします					
⑤服用しているサプリメントはありますか。 ない ・ ある					
3) 薬や食べ物などでアレルギーはありますか。					
ない ・ ある ( )					
4) ①飲酒されますか 飲まない ・ 機会飲酒のみ ・ 定期的に飲む					
(頻度： 1日量： ml お酒の種類 )					
②喫煙されますか いいえ ・ はい ( 本/日× 年間 ) ・ 以前は喫煙していた					
5) 血縁関係のある家族で、がんや脳卒中などの病気をされた方はいますか。どなたが何の病気ですか。					
い いいえ ・ はい ( )					
6) 女性の方に：妊娠している可能性はありますか。 ない ・ ある					
授乳中ですか。 いいえ ・ はい					
7) 初めてご来院の方は、当院を知ったきっかけを教えてください。					
<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> Google Maps <input type="checkbox"/> 知人 ( 様 ) <input type="checkbox"/> 家族 ( 様 ) からの紹介 <input type="checkbox"/> 建物の前を通りかかって <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 ( )					

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下さい。

※診療問診票に記載された事項は個人情報保護法により診療並びに医療保険事務以外の目的には使用いたしません。

この内科クリニック