

ご記入日： 年 月 日		問診票			赤坂とも内科	
ふりがな		大正・昭和・平成・令和	男・女	身長	cm	ここ10年での体重変化
お名前		年 月 日生 歳	未婚・既婚	体重	kg	kg 増 / kg 減
住所	〒() - ()		TEL:			
★該当する項目に✓チェックを入れてください。			紹介状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		体温 ()℃	
症状	● どのような症状がありますか？					
	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 寒気がする	<input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 関節が痛い	<input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> たんが出る	<input type="checkbox"/> 鼻水がでる <input type="checkbox"/> 頭痛	
	腹部症状	<input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い	<input type="checkbox"/> 吐き気がする <input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 便秘	
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸が苦しい	<input type="checkbox"/> 圧迫感	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息苦しい
	その他症状	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 身体全体がだるい	<input type="checkbox"/> 更年期障害	<input type="checkbox"/> 尿もれ	<input type="checkbox"/> 頻尿症状
※上記の症状に当てはまらない場合は、こちらへご記入下さい。						
● 症状はいつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない						
● 現在 他の医療機関に通院していますか？ (※ある場合は、医療機関名、受診日、治療内容等をご記入下さい。)						
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	医療機関名 () 受診日 () 治療内容 ()					
● 現在 服用中のお薬がありますか？ (※ある場合は、お薬名、用量、投薬期間等をご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。)						
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	お薬名 () 用量 () 投薬期間 ()					
● これまでにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (※ある場合は、お薬名や食品名、症状等をご記入下さい。)						
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	お薬名 () 食品名 () 症状 ()					
● これまでに大きな病気 (入院や手術を要する病気等) にかかったことがありますか？ (※ある場合は、病名を選択し時期、医療機関名、治療内容等をご記入下さい。)						
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 (不整脈含む) <input type="checkbox"/> 緑内障		
● この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) をうけたことがありますか？ (※ある場合は、受診時期、指摘事項等をご記入下さい。マイナ保険証による情報取得に同意していただいた患者様は、記載を省略可能です。)						
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	受診時期 () 指摘事項 ()					
● 今までに喘息と言われたことがありますか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 咳喘息 <input type="checkbox"/> 小児喘息					
● ご両親、ご兄弟で手術や病気の治療をしている方がいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
● 当院を何で知りましたか？						
<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 病院検索サイト (サイト名) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 友人知人より紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()						
● マイナ保険証による診療情報取得について (限度額認定証) <input type="checkbox"/> 同意する						
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をお願いいたします。						