

問診票

記入者 本人 代筆（氏名_____：続柄_____） 問診日：令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 本日は、どのようなことで相談にいらっしゃいましたか。
2. また、その症状は（問題）はいつ頃から続いていますか。
_____年_____月から 現在は、（悪くなっている ・ 良くなっている ・ 変わらない）
3. 今までに他の病院や診療所に相談に行かれましたか。
いいえ はい（ _____ ）
この1年間に特定健診をうけられましたか。 いいえ はい
4. 今までにかかったことのある病気を教えてください。
ない ある（ _____ ）
妊娠の可能性あり 糖尿病 緑内障 前立腺肥大症
5. 普段お飲みになっている薬があれば教えてください。
ない ある（ _____ ）
6. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば教えてください。
ない ある 食べ物： _____ お薬： _____
7. アルコールについて
飲まない 飲む（ 頻度： 毎日 週に _____ 回 月に _____ 回 ）
8. 来院された経緯について
自分の意志で （ _____ ）のすすめで 紹介状がある その他（ _____ ）
9. 最後に通った学校について（専攻された学科も記載してください）
学校名（ _____ ）（中・高・専・大・院） 卒業 中退 在学中 休学中
10. 現在の生活
現在の主な役割（家事 ・ 学業 ・ 仕事（内容 _____ お立場 _____））
上記の役割を（こなせている ・ なんとかやれる ・ 時々休む ・ 休んでいる）
11. 下記に利用しているものがあれば記入してください。
利用していない 自立支援（精神通院）制度 精神障害者保健福祉手帳 療育手帳
障害年金 介護保険 わからない
12. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか。 いいえ はい

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。