問　診　票

ID:　　年　月　日

ふりがな		生年月日	大・昭和・平・令　年　月　日（　歳）			
氏　名	男・女	住　所	〒　ー			
ＴＥＬ		体温	℃	子供の場合	体重	kg

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　☐する　☐しない　☐持っていない

該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

☐ 熱がある　☐せきが出る　☐ たんが出る　☐ 寒気

☐ 鼻水が出る（☐ 透明または白　☐ 黄色または緑　☐ 水性　☐ 粘性　）

☐ 吐き気　☐ 下痢　☐ 便秘　☐ 胃の調子が悪い　☐ 食欲がない

☐ 胸が苦しい　☐ 胸の圧迫感　☐ 動悸　☐ 息苦しい

☐頭痛　☐ のどが痛い　☐ 関節痛　☐ 腹痛　☐ 胸が痛い　☐ その他の痛み(　　)

☐ 湿疹　☐ かゆみ　☐ めまい　☐ だるい　☐ むくみ　☐ 不眠

☐ 頻尿　☐ 排尿痛　☐ 残尿感

その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症状はいつからですか？　☐ 今日から　☐ (　　)日前から　☐ 時々　☐ 現在はない

現在または過去に患った病気はありますか。　☐ない　☐ある

「ある」とお答えの方　☐糖尿病　☐高血圧症　☐前立腺肥大症　☐心臓疾患(不整脈)　☐肝臓疾患　☐脳疾患　☐高脂血症　☐その他（　　）

ご家族で現在または過去に以下の病気を患った方はいますか？　☐いない　☐いる

「いる」とお答えの方　☐高血圧　☐糖尿病　☐脳疾患　☐ 癌

現在、飲んでいる薬はありますか？　☐ない　☐ある

「ある」とお答えの方　薬品名（　　）

※お薬手帳を持参された方は記入不要です。

お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？　☐ない　☐ある

「ある」とお答えの方　薬品名（　　）　食品名（　　）

手術をされたことはありますか？　☐ない　☐ある

「ある」とお答えの方　いつ頃（　　）　部位（　　）

食事はされて来ましたか？　☐はい（食べ始めの時間　：　）　☐いいえ

お酒をのみますか？　☐飲む（　毎日　・　時々　）　☐いいえ

タバコは吸いますか？　☐吸う（1日　本）　☐吸っていた（喫煙歴　年）　☐吸わない

女性の方へ　☐妊娠中（　ヶ月）☐妊娠の可能性あり ☐授乳中　最終生理（いつ頃　）

何かありましたら書いて下さい。

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致します。

医療法人海星会　東逗子医院