

# 高屋クリニック 問診票

スキャン：済・未 頭書き：済・未

|      |   |      |          |    |     |
|------|---|------|----------|----|-----|
| フリガナ |   | 性別   | 男 ・ 女    | 年齢 | 歳   |
| 氏名   | 様 | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年  | 月 日 |
| 住所   | 〒 |      |          |    |     |
| TEL  |   |      |          | 体温 | ℃   |

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ 同意しない ・ 同意する

今日はどのような症状で来院されましたか？

いつから：( )

どのような症状：( )

現在、治療中の病気がありますか？

ない ・ ある： 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 緑内障  
前立腺肥大 ・ 精神疾患 ・ リウマチ ・ 甲状腺 ・ 腎臓病 ・ 肝臓

病 ・ 肺

その他 ( )

現在、他の医療機関に通院していますか？

ない ・ ある： 医療機関 ( ) 治療内容 ( )

現在、内服しているお薬がありますか？

お薬手帳があれば受付に提示をお願いします。

ない ・ ある： ( )

現在、使用している注射がありますか？

ない ・ ある： ( )

薬や食べ物でアレルギーがありますか？

ない ・ ある： 薬 ( )

食べ物 ( )

現在、妊娠をされていますか？ いいえ ・ はい

授乳中ですか？ いいえ ・ はい お子様は何ヶ月ですか？ ( )ヶ月

ミルク移行 可 ・ 不可

感染症はありますか？ いいえ ・ はい

既往歴 ( ) ・ 職歴 ( )

今まで入院治療を行ったことがありますか？

ない ・ ある 病名 ( )

いつ：( ) どこで：( )

今まで手術を行ったことがありますか？

ない ・ ある 病名 ( )

いつ：( ) どこで：( )

この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）受診しましたか？

いいえ ・ はい： 受診日 ( ) 月 ( ) 日

たばこは吸いますか？

吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 吸う 1日 \_\_\_\_\_本 \_\_\_\_\_年間

お酒は飲みますか？

飲まない ・ 飲む：( 時々 ・ 毎日 )

1日に飲まれるお酒の量・種類 ( \_\_\_\_\_ ml × \_\_\_\_\_ 本 ・ \_\_\_\_\_ 合 )

コンタクトの装着 無 ・ 有

最近1ヶ月間の睡眠に対する満足度を教えてください

非常に良い ・ 良い ・ 普通 ・ 悪い ・ 非常に悪い

当院を受診したきっかけは何でしょうか？

知人・ご家族からのご紹介 ( \_\_\_\_\_ さん) ・ 建物や看板を見て ・ 他院からのご紹介

・ インターネット広告を見て ・ ホームページを見て ・ 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（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）