

外来問診票

記入日 年 月 日

初診の方はスムーズな診察の為に、事前に問診票へご記入下さい。

ふりがな (西暦)
お名前 生年月日 年 月 日 年齢 歳

〒 携帯番号

住所 電話番号

【わかる範囲でご記入ください。】

今日はどうされましたか？チェックをつけて下さい。

- お腹が痛い 風邪を引いた(咳 鼻水 咽頭痛 発熱)
頭痛 嘔吐 下痢 便秘
排尿痛 残尿感 頻尿
ブライダルチェック 他病院からの紹介
予防接種()
その他(空白欄にお書きください)

*血液型(型) Rh(+ ・ -) 身長(cm) 体重(kg)

*結婚していますか？(未婚 既婚 内縁 婚約中)

*薬剤アレルギー(あり ・ なし) 名 _____

*食品アレルギー(あり ・ なし) 名 _____

*その他アレルギー(あり ・ なし) 名 _____

(ラテックス アルコールかぶれ テープかぶれ 花粉症 金属)

*かかったことのある病気やけがについて教えてください。

年齢	病名	治療(薬の名前、手術名、輸血など)		病院名
歳			治療中 治癒	
歳			治療中 治癒	
歳			治療中 治癒	

喘息にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)(いつ) (薬名)

輸血をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)(いつ) (病院名)

*血縁のある家族の中に病気の方はいますか？ (いる ・ いない)

高血圧 (どなた) 糖尿病(どなた)
高脂血症(どなた) 癌(どなた) その他(どなた)

*マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？(はい ・ いいえ)

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・システム基盤設備体制充実加算(初診時)加算1 6点 加算2 2点 (再診時)加算3 2点