

ふりがな		戸籍上の性別	身長	cm	体重	kg
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S・H・R	年	月	日 (歳)
住所	〒	—	電話番号	ご本人様	—	—
				ご家族様	—	—
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		血圧:	mmHg	体温	度
					脈拍	回

初診時間診票

記入日 (R 年 月 日)

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。マイナ保険証を積極的に利用していただくようご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	過去1年の検診歴	<input type="checkbox"/> あり (特定健診・高齢者検診) <input type="checkbox"/> なし
-----------------	---	----------	--

本日はどのようなことが気がかりでご来院されましたか？ (症状の内容、発症時期など)

② これまでにかかった疾患についておたずねします。当てはまるもののにチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他 ()

③ 現在他の医療機関で処方されたお薬などを飲んでいますか？

<input type="checkbox"/> はい ※お薬手帳のご提示をお願いいたします	<input type="checkbox"/> いいえ
--	------------------------------

④ 薬や食品等、アレルギーをお持ちですか？

<input type="checkbox"/> はい (具体的に:)	※サプリや市販薬の記載をお願いします	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------------------	--------------------	------------------------------

⑤ 嗜好品についておたずねします。

タバコ: <input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた <input type="checkbox"/> 現在も吸っている (1日に 本、 年間)
お酒: <input type="checkbox"/> のまない <input type="checkbox"/> たまにのむ (月に 回 ml) <input type="checkbox"/> 毎日のむ (ml)

⑥ 排便状態についておたずねします。

<ul style="list-style-type: none"> 週に何回排便がありますか？(週に 回くらい) 便の硬さは？ (<input type="checkbox"/>石のようなコロコロ便 <input type="checkbox"/>バナナのような便 <input type="checkbox"/>形のないやわらかい便 <input type="checkbox"/>下痢) 便が出るまでに時間がかかりますか？いきみますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ

⑦ お体が冷えやすいと感じることはありますか？ はい いいえ

⑧ カメラ検査を受けたことがありますか？ はい (大腸カメラ 胃カメラ) いいえ

⑨ 臓器に関するおたずねです。

<ul style="list-style-type: none"> これまでに糖尿病を指摘されたことがありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ご家族様で臓器の異常を指摘されたことがありますか？ <input type="checkbox"/>はい () <input type="checkbox"/>いいえ
--

⑩ 女性のかたにおたずねします。現在、妊娠していますか？もしくは授乳中ですか？

<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。この問診票は慎重に管理いたします。