

診察券番号 _____

外来診察問診票

年 月 日

フリガナ
氏名

様 (歳)

男/女

体温

℃

次の1~14の問いに、チェックまたはご記入ください

<p>1 他の医療機関からの紹介状は お持ちですか</p>	<p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <u>※ 問診票と一緒にご提出ください</u></p>
<p>2 この1年間で特定健診及び 高齢者健診を受診しましたか</p>	<p><input type="checkbox"/>受診なし <input type="checkbox"/>不明</p>	<p><input type="checkbox"/>受診あり 受診時期 年 月 日 <u>※ 健診結果票をお持ちの方は、問診票と 一緒にご提出ください</u></p>
<p>3 本日はどうなさいましたか ・症状はいつ頃からありますか</p>	<p>当日・()日前・()週間前・()ヶ月前 ()年前・自覚症状なし</p>	
<p>・どのような症状がありますか 当てはまるものにチェックを つけてください(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/>痛み [場所:]] <input type="checkbox"/>腫れている [場所:]] <input type="checkbox"/>下痢 [回数:]] <input type="checkbox"/>嘔吐 [回数:]] <input type="checkbox"/>食欲不振 <input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息切れ <input type="checkbox"/>息苦しさ <input type="checkbox"/>むくみ [場所:]] <input type="checkbox"/>ふらつき <input type="checkbox"/>めまい <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>健康診断で要精査 <input type="checkbox"/>その他 []]</p>	
<p>・上記症状の要因等がありまし たら教えてください</p>	<p>(例: 転んだ) []]</p>	
<p>4 今回の症状で他の医療機関 にかかりましたか <u>(紹介状持参の方は記載不要)</u></p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/>はい 年 月 日 病院・クリニックにかかっている 年 月 日 病院・クリニックにかかっていた</p>
<p>5 今までにかかった病気や 治療中の病気がありますか 当てはまるものにチェックを つけてください(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/>なし</p>	<p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>前立腺肥大症 <input type="checkbox"/>がん []] <input type="checkbox"/>その他 []]</p>

裏面につづく

6 今までに手術、入院したことはありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり [いつ頃：] [病名：] [手術名：]
7 ペースメーカー埋込はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり [埋込時期：] [病名：] [病院名：]
8 現在飲んでいるお薬はありますか（市販薬等含む） ※お薬手帳を忘れた方は分かる範囲で薬品名もしくは何のお薬かご記入ください。（例：血圧の薬）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> お薬手帳持参 <input type="checkbox"/> お薬手帳忘れ <input type="checkbox"/> スマートフォン [薬品名]
9 喫煙・飲酒について教えてください	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 吸う [本/日] <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた [年前まで 本/日] <input type="checkbox"/> 飲む [週 日] [種類・量]
10 薬や食べ物でじんましんなどのアレルギー症状が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (例：卵、乳製品) []
11 女性にお聞きします。 現在 妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
12 マイナンバーカードはお持ちですか	<input type="checkbox"/> 持っていない	<input type="checkbox"/> 持っている
13 マイナ保険証を持っている方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
14 その他、何かありましたら記入して下さい		

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。

正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

◆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）