

来院日:西暦 年 月 日 ID: 体温:

問 診 票

フリガナ		性別
お名前		男性・女性・未回答
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	年齢 歳

<1>本日のご希望の診療内容をお選びください

- ①循環器(心臓病など) ②生活習慣病(血圧、脂質異常症、糖尿、肥満、尿酸など)
③一般内科 ④無呼吸・いびき ⑤睡眠障害・不眠 ⑥予防接種 ⑦禁煙 ⑧その他

<2>本日、診察希望の症状を具体的にお書きください。(例:「お腹が痛い」「めまいがする」)

<3>身長と体重を教えてください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg

<4>本日の診療のために、下記の質問にお答えください。

- ①マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (はい・いいえ)
- ②処方されている薬がありますか? (はい・いいえ)
(①の同意されている方は省略可能) 薬名(わかる範囲で)
- ③この1年で健診(特定健診や高齢者健診)を受けましたか? (はい・いいえ)
(①の同意されている方は省略可能)
- ④現在、他の医療機関に通院されていますか? (はい:名称 _____ ・ いいえ)
- ⑤本日紹介状はお持ちですか? (はい・いいえ)
- ⑥大きな病気(入院や手術を要する)がありますか? (はい・いいえ)
(具体的に病名、手術時期: _____)
- ⑦これまでに薬や薬品等のアレルギーを起こした事がありますか (はい・いいえ)
- ⑧たばこは吸われますか?
(現在吸う(加熱式・紙巻き)、1日の本数:(本)、禁煙した、吸った事がない)
- ⑨血縁で若くして亡くなられたり、突然亡くなられた方はいますか (はい・いいえ)
- ⑩(女性の方に)現在、ご妊娠されている可能性はありますか? (はい・いいえ)

<5>当院をお選びになられた理由をお聞かせください(複数お書きいただいても結構です)。

- ①よくこのクリニックの前を通りみていた ②インターネットで調べて(ホームページをみて)
③友人・知人・ご家族からのご紹介 ④駅の看板をみて
⑤他の病院からの紹介 ⑥パンフレット、チラシを見て
⑦雑誌に掲載された記事を読んで ⑧その他(_____)

ここにご記載していただいた個人情報に関しましては、医療目的以外では使用いたしません。
また、届け出の必要な場合を除き、ご承諾を頂かずに個人情報を第三者に提供することは
ございません。

ここまでご回答いただきまして、誠にありがとうございます。

当院では電子カルテ診療を円滑に行うことを目的として、診察室に医療事務員を配置
しております。気になる方は診察前に受付にお申し出下さい。配慮いたします。

医療法人社団桜晴会池上内科循環器内科クリニック