

漢方内科 問診用紙

来院日 月 日

お名前 _____ 様 歳

身長 ()cm

体重 ()kg

携帯電話番号 _____

1. 現在の一番つらい症状は何ですか。どのような経緯ですか？

[_____]

2. その症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時 頃から

3. 今回の症状のために、他の病院・他の診療科にかかりましたか？ ・受けた ・受けない

病院名・診療科名 _____

何と言われましたか？ _____

4. 今までに罹った病気についてお伺いします。

・特にない

・高血圧 ある ない ・心臓病 ある ない

・糖尿病 ある ない ・結核 ある ない

・気管支喘息 ある ない

・その他の病気 [_____]

5. 今までに入院や手術を受けたことがありますか？

ある ない

ある方は _____ 歳の頃 のため入院・手術

_____ 歳の頃 のため入院・手術

_____ 歳の頃 のため入院・手術

6. 現在飲んでいる薬がありますか？

ある ない

お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。
お持ちでない方は下記にお薬名を記載して下さい

[_____]

どこでもらっていますか？ 病院名 _____

7. お薬、食べ物、その他のアレルギーはありますか？

ある ない

ある方は お薬名 ()

食べ物・その他 ()

どのような症状がでましたか ()

8. タバコを吸いますか？ 飲酒をしますか？

・吸う _____ 本/日 (_____ 歳から)

・以前吸っていた(_____ 歳から _____ 歳まで _____ 本/日)

・飲酒をする _____ 何を _____ どれくらい

・吸わない
・周りにタバコをすう人がいる
・飲酒しない

9. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠している _____ 週 妊娠の可能性がある

授乳している

妊娠していない
授乳していない

10.何かご意見・ご希望があれば、記入してください。

[_____]

※裏面の記載もお願いします。□

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

- 1.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？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
- 2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
- 3.現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 ()
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 ()
- 4.直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日 () 指摘事項 ()

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※11～12は必要時、看護師がお尋ねいたします。

11. 緊急時の連絡先

- ①ご本人との関係 () 電話番号 ()
②ご本人との関係 () 電話番号 ()

12. 同居のご家族はいますか

いる 配偶者 子 () その他 ()
独居

1. からだがだるい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
2. 気力がない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
3. 集中力がない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
4. 疲れやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
5. 眠れない・眠りが浅い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
6. イライラする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
7. ゆううつである	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
8. ちょっとしたことで驚く	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
9. 暑がりである	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
10. 寒がりである	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
11. 関節が痛い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
12. 手足が冷えやすい (冷える)	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
13. 動悸・息切れがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
14. わき腹が張る・痛む	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
15. 頭痛がある	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
16. みぞおちのあたりが重苦しい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
17. 体調が天気に左右されやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
18. 便が固い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
19. 下痢をしやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
20. 尿の回数が多い	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
21. 食欲がない	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
22. 肌荒れがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
23. めまいがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
24. 耳鳴りがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
25. 鼻水が出る	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
26. 食べた物がのどにつかえる感じがする	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
27. むくみやすい	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
28. 生理不順である	いいえ ・ 少し ・ はい ・ 非常に
29. 閉経している	いいえ ・ はい

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。