

## 問 診 票

記入日 令和 年 月 日

お名前	ふりがな		生年月日	大・昭・平 年 月 日		
				男・女		
住 所	〒	連絡先		自宅	-	-
				携帯	-	-
		その他連絡先		( )	-	-
◆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		
◆他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？			はい	いいえ		

本日の体温( \_\_\_\_\_℃) 希望医師 : 藤田 朋紀 ・ 和賀 永里子 ・ どちらでも良い

以下の●項目について、□にチェックをつけてください。

●本日はどうなさいましたか。

□胃腸の症状 ( □腹痛 □胃が痛い □胃もたれ □お腹が張る □胸やけ □吐き気 □便秘 □下痢 )  
 ( □便に血が混じる □食欲低下 □体重が減った )

□胃カメラ希望 □大腸カメラ希望

□高血圧 □脂質異常 □糖尿病 □普段飲んでいるお薬がほしい

□検診で要精密検査の指示を受けた

□その他症状 ( 具体的に \_\_\_\_\_ )

●いつごろからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

●今まで大きな病気・手術はありますか？(ありの方はわかる範囲でご記入ください。)

□なし	病名	年齢	歳	医療機関名
□あり →	病名	年齢	歳	医療機関名
	病名	年齢	歳	医療機関名

●現在治療中の病気や飲まれているお薬はありますか？(ありの方はわかる範囲でご記入ください。)

※お薬を飲まれている方はお薬手帳をご提示ください。

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近1ヶ月以内についてご記入、またはお薬手帳をご提示ください。

□なし	病名	年齢	歳	医療機関名
□あり →	病名	年齢	歳	医療機関名
	病名	年齢	歳	医療機関名

●この1年間で特定健診および後期高齢者健診は受診しましたか？

□受診していない □受診した( \_\_\_\_\_ 月ごろ/指摘事項等 \_\_\_\_\_ )

●たばこについて教えてください。

□吸わない □過去に吸っていた( \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳) □現在も吸っている( \_\_\_\_\_ 本/1日)( \_\_\_\_\_ 歳から)

●お酒について教えてください。

□飲まない □飲む → □毎日 □週( \_\_\_\_\_ 回) □付き合い程度

(種類: \_\_\_\_\_ 飲酒量: \_\_\_\_\_ )

●アレルギーについて教えてください。

□なし

□あり → ( 薬 \_\_\_\_\_ 食べ物 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_ )

●妊婦の可能性 □なし □あり □授乳中

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

さいわい内科消化器クリニック