

問 診 票

フリガナ _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____ (男 ・ 女) _____ 才

本日の体温 _____ 度

* 受診を希望する科を選んでください (ただし症状によっては、ご希望の科と別の科をお薦めすることがあります)

内科 ・ 循環器内科 ・ 外科 ・ 皮膚科 ・ 泌尿器科 ・ 脳神経外科 ・ 眼科

* 本日は他病院・医院からの紹介状をお持ちですか? (有 ・ 無)

* 健康診断の結果で受診の方はご記入ください ※「要精査」「異常」など

→ (当院 ・ 他院)、結果の持参 (有 ・ 無) 異常が見られた検査項目名:

● 症状をご記入ください ●

具合の悪いところを○で囲んでください

* いつ頃から _____ (日 ・ 週 ・ ヶ月 ・ 年) 前から

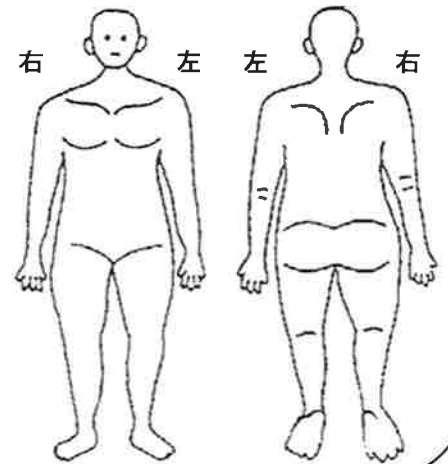
* どこが _____ (例: 胸全体、お腹、右腰など)

* どうされましたか? _____

_____ (例: 痛む、痒い、キリキリするなど)

* 思い当たる原因はありますか? (有 ・ 無)

(詳細: _____)



* 大きな病気や手術をしたことがありますか? (有 ・ 無)

肝臓病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 結核

その他 (上記以外の方は下にお書きください)

_____ 才: 病名: _____ (治癒 ・ 治療中 ・ 未治療)

_____ 才: 病名: _____ (治癒 ・ 治療中 ・ 未治療)

_____ 才: 病名: _____ (治癒 ・ 治療中 ・ 未治療)

* 薬剤や食べ物、その他のアレルギーはありますか? (有 ・ 無)

(アレルギー名: _____)

* アルコール 飲む ・ 昔は飲んでいて ・ 飲まない

【種類: _____ を、1日 _____ ml、週 _____ 回】

* タバコ 吸う ・ 昔は吸っていた ・ 吸わない

【1日 _____ 本、年間 _____ 本】

* 女性の方へ ・ 現在、妊娠していますか?

している ・ していない ・ わからない (可能性はゼロではない)

・ 最終月経 (生理) は、いつですか? () 月 () 日より () 日間

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:6点、加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(再診時) 加算3:2点、加算なし:(マイナ保険証を利用した場合)



公益財団法人 東京都医療保健協会
練馬総合病院