

ID:

問診票 (内科)

フリガナ

氏名 年齢 歳 (男・女) 受診日 年 月 日

1	(身長 <input type="text"/> cm) (体重 <input type="text"/> kg) (体温 <input type="text"/> °C)
2	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> <p>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まいります。 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致します。</p> </div>
3	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>
4	いつ頃からどのような症状でお困りですか。(痛みのある場合は、その部位もお書きください)
5	<p>今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 手術 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)</p>
6	<p>現在、内服中のお薬はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>「はい」の方・・・「お薬手帳」を受付に提示していただければ記入を省略して構いません。 医療機関名: <input type="text"/> 投薬内容: <input type="text"/></p>
7	<p>今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬 <input type="text"/>) 食べ物(<input type="text"/>)</p>
8	<p>直近1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受けましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期(<input type="text"/>) 指摘事項(<input type="text"/>)</p>
9	<p>両親、兄弟(血縁)で大きな病気を患った方がいらしたら☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (<input type="text"/>)</p>
10	<p>診察の参考にしますので、以下の項目のご記入をおねがいします。</p> <p>・食欲 (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良) ・睡眠 (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良) ・便秘 (<input type="checkbox"/> 日に <input type="text"/> 回) ・排尿 (1日に <input type="text"/> 回) ・喫煙 (<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日に <input type="text"/> 本) ・飲酒 (<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1日の量 <input type="text"/>)</p>
11	<p>女性の方のみご記入ください。</p> <p>・既妊婦歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在妊娠中(<input type="text"/> 週) <input type="checkbox"/> 現在授乳中 ・最終月経 (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)</p>