

外科(一般・腹部) 問診票

フリガナ	M・T・S・H・R 年 月 日生	
氏名	() 歳 男 ・ 女	
〒	職業 ()	
住所	身長 () cm / 体重 () kg	
ご連絡先	緊急連絡先(家族・勤務先など)	
電話 (携帯)	連絡先名	続柄 ()
電話 (自宅)		
メールアドレス	@	電話番号

1. 下記のあてはまる症状に○をして下さい (いくつでも)

腹痛 (部位 : 上部 ・ 下腹部 ・ 全体 ・ その他)

(食事との関係 : 空腹時 ・ 食後 ・ 夜間 ・ 特になし)

吐き気 ・ 食欲不振 ・ 胸やけ ・ 体重減少 (Kg 減)

しこり (部位 :) できもの (部位 :)

きず (部位 :) 打撲 (部位 :)

その他 ()

2. いつ頃からですか (年 月 日頃より)

3. 発熱はありますか はい (度) ・ いいえ

4. 現在服用中の薬はありますか

ある (薬名) ・ ない

◇ ある を選んだ方 : ①お薬手帳は本日持ってきていますか (はい ・ いいえ)

②ピルまたは女性ホルモン製剤を内服中ですか (はい ・ いいえ)

5. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (病名) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか

ある (病名) ・ ない

6. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある () ・ ない

② 下記のものでアレルギー症状が出た、またはアレルギー体質といわれたことがありますか

金属 ・ アルコール ・ ラテックス ・ その他 () ・ ない

つづいて裏面のご記入をお願いいたします

7. 喫煙歴はありますか

なし・あり (1日 本 × 喫煙年数 年) (現在 ・ 過去)

8. 検診 ・ 人間ドック、他の医療機関での検査で異常を指摘されたことはありますか

はい（内容： ） ・ いいえ

9. 今日は食事をしていますか はい (時頃) ・ いいえ

10. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか

はい (ヶ月) ・ いいえ

11. 医療行為や日常生活に制限を有する宗教を信仰していますか

はい（制限内容： ） ・ いいえ

12. マイナ保険証を使用していますか (はい ・ いいえ)

◇はい、の方のみお答えください

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）

・この一年間で市の特定健診を受診されましたか？（ はい ・ いいえ ）

13. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

①前から知っていた ②他院より紹介された(病院名 紹介状: 有 ・ 無)

③ 知人に聞いた ④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ その他()

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。
当院は『電子的診療情報連携体制整備加算』の算定病院です。

ご記入ありがとうございました。

こちらの問診票を受付職員へお渡しください。