

そけいヘルニア 問 診 票

フリガナ

氏名

M・T・S・H・R 年 月 日生

()歳 男 ・ 女

職業 ()

身長 ()cm / 体重 ()kg

緊急連絡先(家族・勤務先など)

〒
住所

ご連絡先

電話

(携帯)

(自宅)

連絡先名

続柄()

メールアドレス

@

電話番号

1. どうなさいましたか

2. いつ頃からですか (年 月 日頃より)

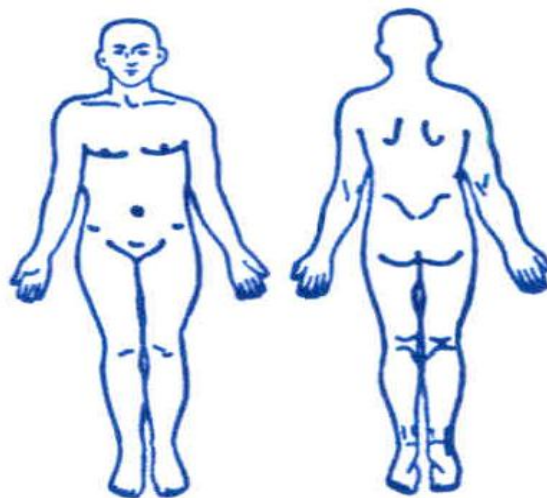
3. 下記の当てはまる症状に○をしてください (いくつでも)

出っ張る いたい おもい

つっぱる 形がおかしい

その他 ()

右 左 左 右



4. 右図の症状のある部位に○をしてください

5. 出っ張るのはいつですか? (立った時 ・ いつでも)

6. 長時間立っていると痛みますか? (はい ・ いいえ)

7. 今まで同じようになったことがありますか

はい (いつですか 頃) ・ いいえ

8. 発熱はありますか (はい: 度 ・ いいえ)

9. 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)

10. 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

11. 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

12. 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)

13. 何かスポーツはしていますか

はい (種目) ・ いいえ

14. (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

15. 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

16. 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)

17. 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てください。