◆◆◆ 問 診 票 （記入歴のある方用） ◆◆◆

該当するところに記入するか、または〇で囲んでください

▲*の項目で、前回当院受診時と変更のないところは、空欄でかまいません*

フリガナ

氏名：　　電話（携帯）番号

郵便番号：[〒　－　　] 住所：

身長：　　cm 体重：　　kg 体温：　　℃ 国籍：

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか　はい　いいえ

●症状は何ですか（どんな原因で、いつから、どこが、どうなっていますか）

●その症状で他院を受診したり、薬を飲んだりしましたか　いいえ

医療機関名：　傷病名：　最終受診日：

薬の名前等：　紹介状：有　無

▲他院で治療中の病気（例：高血圧・脳梗塞）やケガはありますか　いいえ

（薬剤情報が書かれた紙をお持ちの方は傷病名だけ記入してください）

医療機関名：　傷病名：

薬の名前：（目薬・ぬり薬・湿布・インスリン注射など全て含みます）

●この 1 年間で何らかの健康診断を受けましたか　いいえ

受診時期：　指摘事項：

▲薬局や通販などでサプリメントを購入して飲んでいますか　いいえ

内容：

●前回当院受診後、病気などで入院や手術を受けましたか　いいえ

医療機関名：　時期：　傷病名：

手術名・治療内容：

→◆ ウラに続きます ◆

●検査の希望がありますか？　いいえ　レントゲン　CT　胃カメラ　超音波

▲障害手帳を持っていますか？　いいえ

等級→　　内容・病名：

▲体内に金属がありますか（ステント・ペースメーカーも含みます）　いいえ

部位：　　金属の種類：

▲体に合わない薬がありますか（具合が悪くなった、発疹が出たなど）　なし

薬の名前：　　出た症状：

▲以下のアレルギー、特異体質はありますか　すべてなし

喘息（アスピリン喘息　小児喘息）、食物（詳細→　　）

花粉症（杉　ひのき　ハウスダスト　他→　　）

アトピー　金属　アルコール綿　胃が弱い　下痢しやすい　皮膚が弱い

その他→（　　）

▲お酒は飲みますか

はい（　たまに　時々　毎日：日本酒換算約　合）　いいえ

▲煙草は吸いますか　はい（　本／日　年間　）　いいえ

禁煙した（延べ喫煙期間　平均　本／日　年間　）

●当院の診察室は仕切りがなく、診察中の会話等が他の患者様に聞こえる場合があります。よろしいですか？（衣類着脱時は仕切りか個室を使います）

かまわない　カーテンでの仕切りを希望　個室での診察を希望

●本日、同行している方全員の、ご本人とのご関係又は所属を教えて下さい

＜＜女性のみ＞＞

●妊娠中ですか　はい（約　週）　可能性がある　いいえ

●授乳中ですか　はい（授乳を中止→　できる　できない）　いいえ

■院内では、携帯電話の電源をお切りください

■ご協力、ありがとうございました。書き終えましたら受付までお出しください

★当院は診療情報を取得・活用して、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下さい

医療法人社団哲栄会　後藤外科医院