

たかはし医院 問診票

年 月 日記入

氏名 _____ 職業 _____

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。

マイナ保険証による診療情報取得に 同意する ・ 同意しない

1. 来られた理由をお聞かせください。

2. それはいつ頃からですか？ () 日前から () 週間前から
() ヶ月前から () 年前から

始まり方は？ (急に悪くなった・徐々に悪くなった・はっきりわからない)

その経過は？ (ずっと同じように具合悪い・良い時と悪い時と波がある・だんだん悪くなっている)

以前に同じような症状で困ったことは？ ない・ある (回目)

3. 家族で同じような症状の人はいますか？

いいえ・はい → 誰か記入してください ()

4. 今まで、どこかで治療を受けていましたか？

いいえ・はい → どこですか？ ()

5. 今までに大きな病気、ケガをしたことがありますか？

いいえ・はい → 病名(下の病名を○で囲んでください)

脳卒中・心臓病・高血圧・肝臓病・糖尿病・腎臓病・喘息

胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃炎・腸炎・頭部外傷

その他 ()

6. 現在治療中ですか？

いいえ・はい → お薬手帳等をご持参ください(ない場合は、薬の名前がわかれば書いてください)
()

7. 薬や食物で発疹(ぶつぶつ)などアレルギー反応を起こしたことがありますか？

いいえ・はい → いつ頃ですか？ ()

薬や食物の名前がわかれば書いてください。

()

8. 下の項目に○をつけてください。

・食欲 → 普通・良くない

・睡眠 → 良好(時間くらい)・普通・不眠がち

・便秘 → 一日()回・便秘がち

・酒類 → 飲まない・週()回くらい・毎日飲む

・タバコ → 吸わない・吸う

・結婚していますか？

未婚・既婚(昭和・平成 年)・離婚(昭和・平成 年)

・(女性のみ)生理 → 順調・不順・生理痛あり

・(女性のみ)現在、妊娠していますか？ いいえ・はい → 妊娠()ヶ月

妊娠の可能性がある

9. 当院を何でお知りになりましたか？(○をつけてください)

電話帳・インターネット(ホームページ)・医者からの紹介(先生)・

知人からの紹介・家族の勧め・前を通りかかって・その他()

10. 他に何かおありでしたら、お書きください。

(付記)これらの情報を、診療以外の目的で使用することはありませんので、どうぞご安心ください。