問診票

体温（　　℃）　　紹介状（　あり　・　なし　）　　記載年月日　　年　　月　　日

（ふりがな）　　男
お名前　　女　　生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

〒　　住所

電話番号　　携帯電話

1. 今日はいつ頃から、どのような症状でおこしでしょうか。
   いつ頃（　　）　症状（　　）

2. 現在治療中の病気、今までかかったことのある病気などありますか。
   高血圧　・　糖尿病　・　脂質異常症　・　狭心症　・　心筋梗塞　・　不整脈　・　脳出血　・　脳梗塞　・　肝臓病　・
   喘息　・　結核　・　前立腺肥大　・　緑内障　・　その他　（　　）

3. 現在、通院している他の病院はありますか？　（　はい　・　いいえ　）
   「はい」とお答えの方へ、病院の名前をお書きくだい（　　）

4. 現在、飲んでいる薬はありますか？　（　はい　・　いいえ　）
   「はい」とお答えの方へ、薬の名前をお書きください（　　）

5. お薬や注射、食べ物などでアレルギー症状をおこしたことはありますか？　（　はい　・　いいえ　）
   「はい」とお答えの方へ、その症状とお薬や注射などで名前が分かるものがあればお書きください
   （　　）

6. この１年間で特定健診や後期高齢者健診を受けましたか？　（　はい　・　いいえ　）
   「はい」とお答えの方へ、指導事項があればお書きください（　　）

7. タバコは吸いますか？　（　はい　１日（　　）本（　　）年　・　いいえ　）

8. お酒は飲みますか？　（　はい　（　　）を１日（　　）くらい　・　いいえ　）

9. 女性の方へ、現在妊娠中または授乳中ですか？　（　妊娠中　・　授乳中　・　該当せず　）

１０. マイナ保険証による診療情報に同意されますか？　（　同意する　・　同意しない　）

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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）４点　（マイナ保険証を利用した場合）２点

ぐしま胃腸内科クリニック