

問診票(高校生以上)

ID

記入年月日：令和 . .

フリガナ		男 ・ 女	大正・昭和・平成	
氏名			年 月 日生(歳)	
現住所	【〒 - 】			
*変更された際はお知らせ下さい				
電話番号	() -	体重	. kg	
携帯番号	- -	当院での体温	. °C	
*変更された際はお知らせ下さい				

<input type="checkbox"/> 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか	(はい・いいえ)
<input type="checkbox"/> マイナ保険証(保険証と紐付けされたマイナンバーカード)をお持ちですか	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方は本日、診療情報取得に同意されましたか	(はい・いいえ)
<input type="checkbox"/> 現在治療中の病気はありますか	
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく	
<input type="checkbox"/> その他()	
通院中の医療機関名()	最終受診日(/)
<input type="checkbox"/> また、薬を飲んでいますか	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方はどのようなお薬を飲まれていますか(お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい)	()
<input type="checkbox"/> 過去に大きな病気にかかったことはありますか(入院や手術を要する病気など)	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方はどのような内容ですか (病名 . 歳頃)	
その時、輸血をしましたか	(はい・いいえ)
<input type="checkbox"/> 今までに、肝炎にかかったことがありますか	(はい・いいえ)
<input type="checkbox"/> 過去に薬や注射や食品で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方はどのような薬・注射・食品でしたか ()	
<input type="checkbox"/> タバコを吸いますか	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方は1日に何本吸いますか	(本/日)
<input type="checkbox"/> お酒は飲みますか	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方は1日に何をどれくらい飲みますか (種類 : ml/日)	
<input type="checkbox"/> この1年間で健康診断を受診しましたか	(はい・いいえ)
「はい」と答えられた方はいつ頃受診されましたか	受診日(月頃)

裏面もご記入下さい↔

※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致します。

医療法人いつき会 いつきクリニック一宮

◆症状はいつからですか？(月 日頃～)

◆当てはまる症状にチェックを入れてください。

発熱

いつから() (最高体温 . °C)

(解熱剤内服の有無 なし あり(時頃)

咳 痰 頭痛 鼻水

喉の痛み 嘔気 嘔吐 下痢

関節痛 倦怠感 味覚・嗅覚障害

腹痛 食欲不振 寒気

腰背部痛 排尿違和感 かゆみ(部位)

その他

()

◆感染リスク 職場/家族/集団感染リスク(2週間以内)

・身の周りでの発熱者 なし あり(関係:)

・新型コロナ陽性者との接触 なし あり(接触を疑う日: /)

・インフルエンザ陽性者との接触 なし あり(接触を疑う日: /)

・コロナワクチンは接種されましたか？

はい (回接種済 最終接種日 /) いいえ

◆女性の方へ (レントゲン検査や投薬に配慮する為)

現在妊娠している可能性はありますか？

(生理が予定より遅れているなど)

はい → 妊娠中 可能性あり 不明

いいえ → 生理中 最終月経日(/) 授乳中 閉経

◆その他、何かございましたら、ご記入ください。