

問診票(内科・糖尿病内科)

「お薬手帳」「紹介状」「他院検査結果」「健診結果」などは事前に窓口で提出してください

記載日	年 月 日	患者 ID			
お名前		性別	男 ・ 女	年齢	歳

◎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

◎他院からの紹介状はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
◎今日はどうされましたか？ 今日、診察を受けたいものに チェック(☑)をつけてください	<input type="checkbox"/> 健診で指摘を受けた(健診結果表： <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) (項目： <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> むくみがある(部位： <input type="checkbox"/> すね <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 全身) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
◎風邪症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 熱がある (°C) <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> おなかの症状 <input type="checkbox"/> 微熱が数日間続く (日前から、 °Cぐらい)
◎胸部の症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ
◎症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () か月前から <input type="checkbox"/> わからない
◎今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 癌 ()
◎現在通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病院・クリニック名 ()
◎現在内服している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 服用しているが、お薬手帳忘れ
◎アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある 薬 () 食べ物 () <input type="checkbox"/> ない その他 ()
◎手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない
◎喫煙：	<input type="checkbox"/> ある (本/日) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前に喫煙 (年間)
◎飲酒：	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない
◎女性の方へ	・生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい (日目) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 閉経 ・妊娠中、またその可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
◎医師の希望はありますか？	<input type="checkbox"/> ある：医師名 () <input type="checkbox"/> 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。