

問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏名		年齢	歳	性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	住所	〒		
電話番号		携帯電話			
身長	cm	体重	kg	体温	°C
血圧	/ mmHg	脈拍	/分	SpO ₂	%

1. 症状について

いつ頃からどのような症状ですか？ ()

2. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？ (ある・ない)

あると回答された方 (病名:) 年 月 (歳)

3. 家族の方 (父母・兄弟・姉妹・祖父母・子ども) で以下のような病気をされたことがありますか？

高血圧・心筋梗塞・狭心症・脳卒中・糖尿病・喘息・がん ()・その他 ()

4. 嗜好品について

・飲酒されますか？ (はい・いいえ) 種類(ビール・日本酒・焼酎・その他) 飲酒量()

・喫煙されますか？ (はい・いいえ) (本/日、 _____ 年前から禁煙)

5. アレルギーについて

今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？ (ある・ない)

あると回答された方 (詳細:)

6. 当院以外にかかりつけの医療機関はありますか？ (ある・ない)

医療機関名 ()

普段服用されているお薬はありますか？ (ある・ない)

7. 女性の方へ

最終月経はいつ始まりましたか？ (月 日)

妊娠の可能性はありますか？ (ある・ない)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

8. 1ヶ月以内に渡航歴はありますか？ (はい・いいえ)

9. マイナ保険証をお持ちの方へ

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい・いいえ)

※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。

10. どのように当院を知りましたか？ (複数回答可)

知人の紹介・他医院の紹介・ホームページを検索・チラシ・JR「六甲道駅」構内看板・阪神「新在家駅」
構内看板・阪急「六甲駅」構内看板・当院ビルの看板・その他 ()