【 問 診 票 】

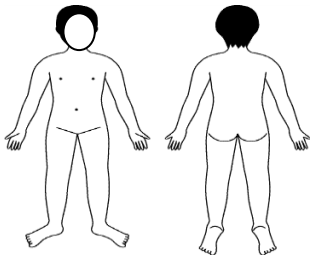
記入日：　　年　　月　　日

※診察前にご記入をお願いします。

フリガナ		性別	
氏 名		男	女
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生	年齢　　歳	

身長（　　）cm
体重（　　）kg

痛いところに○してください



※現在の症状についてお尋ねします。

どうされましたか？（　　）

いつから？（　　）

※質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

	質　問　事　項	回答欄		
①	紹介状はお持ちですか。 レントゲンまたはＣＤ－Ｒの持参（　有　・　無　）	はい	いいえ	不明
②	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	
③	現在飲んでいる薬、または常用薬はありますか。 薬の名前を教えてください。（　　）	はい	いいえ	不明
④	お薬手帳はお持ちですか。	はい	いいえ	
⑤	この1年間で健診（特定健診、高齢者健診）を受診しましたか。	はい	いいえ	
⑥	今までにかかったことのある病気はありますか。 （高血圧・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病・緑内障・痛風・脳梗塞） 何歳ごろからですか？（　　歳ごろ）	はい	いいえ	不明
⑦	今までに手術をしたことがありますか。 いつごろ（　　）どのような手術（　　）	はい	いいえ	不明
⑧	アレルギー体質ですか。 （喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー）	はい	いいえ	不明
⑨	今までに抗生剤を使用して、身体に異常が現れたことがありますか。 薬の名前を教えてください。（　　）	はい	いいえ	不明
⑩	その時、どのような症状が現れましたか？　（複数回答可） 顔が赤くなる・体がかゆい・じんましんがでる・気分が悪くなる・息が苦しい のどがつまる・目の前が暗くなる・心臓がドキドキする・熱がでる・気が遠くなる 唇舌手足がしびれる・くしゃみせきがでる・その他（　　）			
⑪	抗生剤以外で、今までに薬のアレルギーはありますか。 （解熱剤・鎮痛剤・検査薬・造影剤・貼り薬・消毒薬・その他（　　）	はい	いいえ	不明
⑫	お酒を飲みますか。 何を飲みますか？（　　）　１日の量は？（　　）	はい	いいえ	
⑬	タバコを吸いますか。 いつからですか？（　　）　１日の量は？（　　本）	はい	いいえ	
⑭	女性の方のみお答えください。 ・妊娠中ですか？（はい・いいえ）・授乳中ですか？（はい・いいえ） ・妊娠の可能性はありますか？　（はい・いいえ） ・最終月経はいつですか？（　　月　　日）（　　歳ごろ閉経）			

※　上記の内容は、個人情報の保護に関する法律に準拠した当院の個人情報規定により適切に管理いたします。

社会医療法人社団光仁会 第一病院　（受付担当者：　　）

R5.4