

問診票

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅：		携帯：			

1. 来院目的を教えてください <input type="checkbox"/> 病気の相談治療 <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 医療機関をかえたい <input type="checkbox"/> その他 ()	
2. 持参書類はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
3. 相談事項 (※ 紹介状持参の方はご記入不要です。)	
① いつ頃からですか？ 本日 () 時から () 日前 () 週前 () ヶ月前 () 年前	
② どんな症状ですか？ 主に相談したい内容に絞ってチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 糖尿病の相談 <input type="checkbox"/> 甲状腺の相談 <input type="checkbox"/> 血圧の相談 <input type="checkbox"/> 脂質異常(コレステロール・中性脂肪) <input type="checkbox"/> 尿酸値が高い <input type="checkbox"/> 健康診断での異常の指摘(指摘された項目：) <input type="checkbox"/> 花粉症の相談 <input type="checkbox"/> 頭の痛み <input type="checkbox"/> 背中の痛み <input type="checkbox"/> 手足の痛み <input type="checkbox"/> 腰の痛み <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 体重が減った <input type="checkbox"/> その他 ()	
下記症状については 車内・感染対策室にて診療を行うことがあります、予めスタッフにお申し出下さい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の低下 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> お腹の痛み <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 強いだるさ	
相談事項につき具体的にご記入下さい	
4. 現在治療中の病気は？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名 () 病院名 ()
5. 現在飲んでいる薬・サプリ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬のなまえ (※お薬手帳持参の方は記入不要です。)
6. 過去の大きな病気・手術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名 () 手術 ()
7. 薬・食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬や食べ物のなまえ
8. タバコ・お酒について教えてください	
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から) 飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 週 () 日 種類・量 ()	
9. 妊娠・授乳中ですか？ (女性の方のみの質問です)	妊娠： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> はい (カ月) 授乳： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

裏面に続きます

裏面に続きます

裏面に続きます

10. 来院のきっかけは？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1 家族・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 3 通りがかり・近所 <input type="checkbox"/> 4 内覧会・院内イベント等に参加して <input type="checkbox"/> 5 道路看板を見て <input type="checkbox"/> 6 クリニックの外観を見て <input type="checkbox"/> 7 新聞広告の折り込みチラシを見て <input type="checkbox"/> 8 ホームページを見て 【ホームページを検索した理由を教えてください】 <input type="radio"/> 専門医を探した <input type="radio"/> 診療時間 <input type="radio"/> 診療科目 <input type="radio"/> 道路看板を見て <input type="radio"/> クリニック外観を見て <input type="radio"/> その他() <input type="checkbox"/> 9 SNS(ソーシャルネットワークサービス)を見て <input type="checkbox"/> 10 その他()
11. その他のご希望がありますか？ 例：検査/薬/治療の希望等	

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をすすめています。

詳細なご回答誠にありがとうございました。



糖尿病・甲状腺
加木屋たけうち内科