

問 診 票

受診日 2025年 月 日 体温 ℃

ふりがな		昭・平・令
お名前	男・女	
生年月日	年 月 日 (歳)	
ご住所	〒	
携帯電話	— —	自宅電話 — —
1. どのような症状で受診されましたか。 () いつ頃から気になっていますか。 ()		
2. これまでにかかった病気や怪我はありますか？(治療、手術や服薬などの既往について)		
☐ 特になし		
☐ あり		
高血圧	(通院中・服薬中・治療・中断)	心血管疾患 (通院中・服薬中・治療・中断)
糖尿病	(通院中・服薬中・治療・中断)	不整脈 (通院中・服薬中・治療・中断)
脂質異常症	(通院中・服薬中・治療・中断)	脳血管疾患 (通院中・服薬中・治療・中断)
高尿酸血症	(通院中・服薬中・治療・中断)	貧血 (通院中・服薬中・治療・中断)
肝疾患	(通院中・服薬中・治療・中断)	膠原病 (通院中・服薬中・治療・中断)
腎疾患	(通院中・服薬中・治療・中断)	甲状腺疾患 (通院中・服薬中・治療・中断)
胃腸疾患	(通院中・服薬中・治療・中断)	精神疾患 (通院中・服薬中・治療・中断)
その他病名() 通院中・服薬中・治療・その他() () 通院中・服薬中・治療・その他()		
3. 内服薬はありますか。		
☐ 特になし		
☐ あり ※お薬手帳をご持参の方は、受付でご提示ください。		
薬剤名()		
4. 過敏症(アレルギー)はありますか。		
☐ 特になし		
☐ あり 薬剤()・食物()・その他()		
5. たばこを習慣的に吸っていますか。(最近1カ月間を含めた6カ月以上の喫煙)		
☐ いいえ		
☐ はい (1日 本/ 年間) ☐ 以前吸っていた (歳から 歳まで1日 本)		
6. お酒を飲みますか？		
☐ いいえ		
☐ はい (毎日・週数回・機会があれば) / (ビール・焼酎・ワイン・日本酒・ウイスキー・酎ハイ)		
7. 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上していますか？		
☐ はい ☐ いいえ		
8. 血縁の方(父・母・兄弟姉妹・祖父母)で、以下の病気(①~⑥)をされた方はいらっしゃいますか。		
①高血圧 ②糖尿病 ③脂質異常症 ④心疾患 ⑤脳血管疾患 ⑥がん・悪性腫瘍		
☐ いいえ・ ☐ はい 病名()続柄()・病名()続柄()		
9. 女性の方へお伺いします。該当するものにチェックをして下さい。		
☐ 現在生理中 ☐ 妊娠の可能性なし ☐ 妊娠の可能性あり・妊娠中 ☐ 授乳中		

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。

◆医療DX推進体制整備加算2⇒11点 ◆初診時：医療情報取得加算⇒1点