

問 診 票

ふりがな		生年月日	T.S.H.R	年	月	日 (歳)
氏 名	男・女					
住 所	〒 -			体 重	kg	
電 話	() -	携 帯 電 話	お持ちの方は必ずご記入をお願いします - -			

*マイナで受付された方へ 薬剤・診療情報取得に同意しますか いいえ ・ はい

*他の医療機関からの紹介状はお持ちですか いいえ ・ はい

*医療費明細書の発行を希望しますか いいえ ・ はい

*お薬は先発医薬品・ジェネリックどちらか希望しますか 先発品 ・ ジェネリック ・ 特に希望なし

①本日はどうされましたか (症状はつらい順に記入して下さい)

いつからですか ()	〔	熱 () °C	〕	(症状は

②現在、他の医療機関に通院していますか

いいえ ・ はい 医療機関名 ()

お薬名 ()

既往歴 → 高血圧 糖尿病 心疾患 () 癌 喘息 肝炎

その他 ()

③薬や食品等のアレルギーはありますか

いいえ ・ はい 薬名や食品名 ()

現れる症状 ()

ここから下は該当する方のみ記入して下さい

④この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けた方へ 受診時期： 指摘事項：

⑤睡眠時無呼吸症候群の診察を希望の方

職業 (例：トラック運転手) 身長 (cm)

いびきをかく 朝スッキリ目覚めない 昼間に眠くなる 睡眠中に呼吸が止まる

以前にC-PAPを使用したことがある、又は他院でPSG検査を受けたことがある

⑥女性にお聞きます。

現在、妊娠の可能性はありますか いいえ ・ はい

現在、妊娠中ですか いいえ ・ はい (月)

現在、授乳中ですか いいえ ・ はい (お子さん 才 月)

薬の使用をさけたいですか いいえ ・ はい

※当院はマイナ保険証の利用、問診票等をとおして受診された方の診療情報を取得・活用することにより
質の高い医療の提供に努めております (医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定の算定医療機関です)
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用に協力をお願い致します