

問 診 表 (いまいクリニック)

フリガナ		性別	生年月日、年齢		
お名前		男・女	大 昭 平 令	年	月 日 () 歳
ご住所	〒	電話番号			
		自宅	()		
		携帯	()		
ご職業		身長	cm	体重	kg

当院は患者様の正確な診療情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いしております。

マイナ保険証による診療情報取得を行うこと同意されない場合は、右の□にチェックをお願いします。 □

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算 1: 4 点、加算 2: 2 点(マイナ保険証を利用した場合)

* どうされましたか？ どの具合が悪いですか？ その症状はいつ頃からありましたか？

* その症状で、どこかほかの病院を受診しましたか？ 紹介状はお持ちですか？(あり・なし)
受診していません・受診しました(病院:)

* 食べ物や薬で、アレルギーや副作用が出たことがありますか？
ありません・あります(その原因は?:)

* お酒とタバコについてお答えください。
お酒: 飲まない・付き合い程度・飲む(種類、週に 日、1日量)
タバコ: 吸わない・過去に吸っていた(歳～ 歳)・吸う(1日 本、喫煙歴 年)

* これまでの病気、入院、手術を教えてください。
()歳 () (病院)
()歳 () (病院)

* 最近の健康診断で異常を指摘されたことがありますか？
ない・ある(異常の種類:)

* 血縁のある方で、次のような病気の方はおられますか？(○をつけてください。)
がん()・脳疾患・心臓疾患・肺疾患・胃腸疾患・肝臓疾患・胆嚢疾患
膵臓疾患・腎臓疾患・婦人科疾患・皮膚疾患・高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・ぜんそく

* 現在、通院されている病院はありますか？ もらっているお薬はありますか？
ない・ある(病院名: ※『お薬手帳』を一緒に出してください。)

* (女性の方にお聞きします) 現在、妊娠あるいは授乳されておられますか？
妊娠していない・妊娠している(妊娠 週)・授乳していない・授乳している

* 特別に心配していること、ご希望のことがあればお書きください。