

カルテ No. \_\_\_\_\_

年 月 日

## 問診票

身長 \_\_\_\_\_ cm , 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

今日はどうされましたか？該当する症状にチェックをお願い致します。

- 咳・痰      鼻水・鼻づまり      喉の痛み      動悸      息苦しい  
下痢      腹痛      体がだるい      食欲がない      むくみ      頭痛  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記症状はいつからですか？

( \_\_\_\_\_ )

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      高脂血症 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
狭心症 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      心筋梗塞 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      不整脈 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
脳出血 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      脳梗塞 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      腎臓病 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
急性大動脈解離 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      喘息 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)      痛風 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
癌 (部位→ \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在服用中のお薬はありますか？

- なし      あり お薬名 ( \_\_\_\_\_ )

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし      あり ( \_\_\_\_\_ )

喫煙 なし      あり ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで / \_\_\_\_\_ 本/日)

介護認定 なし      あり (要支援 \_\_\_\_\_ 級 / 要介護 \_\_\_\_\_ 級)

他医療機関からの紹介状はありますか？      なし      あり

\* 女性の方のみ

妊娠中ですか？      いいえ      はい \_\_\_\_\_ 週目

授乳中ですか？      いいえ      はい

マイナ保険証による診療情報取得について      同意する      同意しない

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おります。  
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。