

問診票（初診の方）

令和 年 月 日

大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック

ふりがな	男性	生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日
お名前	女性	年齢: 歳／身長 cm／体重 kg
ご住所〒 (- -)	電話番号 (- - -)	
	携帯電話 (- - -)	

- ・マイナ保険証を利用した診療情報の取得にご同意いただけますか? はい いいえ
- ・過去1年間に特定健診もしくは高齢者健診を受診しましたか? はい いいえ
- ・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい いいえ

以下の項目について、お分かりになる範囲で□にチェックを入れてください。

① 今日の症状または受診理由を教えて下さい (複数可能)

- | | | | | | | |
|--|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある(最高体温: 度) | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水 / 鼻づまり | <input type="checkbox"/> くしゃみ | | | |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい | <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 動悸 / 脈の乱れ | |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 (日) | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 胸やけ | <input type="checkbox"/> 吐気 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> ふらふらする | <input type="checkbox"/> 皮膚の異常 | | |
| <input type="checkbox"/> 関節が痛む (特に <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 他の関節) | | | | <input type="checkbox"/> かかりつけ医の変更希望 | | |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸の相談 | | | | <input type="checkbox"/> 健康診断の結果相談 | <input type="checkbox"/> 禁煙治療の希望 | <input type="checkbox"/> その他 () |

② 当院をお知りになったきっかけを教えて下さい (複数回答可)

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 当院の前を通って看板を見た | <input type="checkbox"/> 薬局 横の看板 | <input type="checkbox"/> ホームページを見た |
| <input type="checkbox"/> 家族・知人から聞いた (その方のお名前:) | <input type="checkbox"/> 家族が当院へ通っている | |
| <input type="checkbox"/> SNSで見た | <input type="checkbox"/> その他 () | |

③ これまでにかかったことがある、または治療中のご病気を教えて下さい

- | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 痛風 (高尿酸血症) | <input type="checkbox"/> 心臓病 () | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 () |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> アレルギー | <input type="checkbox"/> 血液疾患 () | <input type="checkbox"/> 結核 (いつ頃: 年前) | |
| <input type="checkbox"/> 手術 () | | | | <input type="checkbox"/> がん () | <input type="checkbox"/> その他 () | |

④ 定期的に飲まれているお薬や漢方、サプリメントはありますか? (お薬手帳をご提示いただければ記入は不要です)

()

⑤ 飲み薬や注射で体調が悪くなったことはありますか? ない ある → (薬の名前:)

⑥ 食べ物のアレルギーはありますか? ない ある → (具体的な食べ物:)

⑦ 日頃の生活習慣について教えて下さい

- ・喫煙されますか 全く吸わない 禁煙できた: 年前 吸っている → 1日で 本 × 年間
- ・周りにタバコを吸う方はいますか? いない いる → (□父 母 同僚 その他)
- ・飲酒されますか 飲まない 飲んでいる → 1日あたり を 本くらい

⑧ ご家族の方がかかられた病気について教えて下さい

父: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()

母: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()

祖父母: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()

兄弟: 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 肝臓病 がん ()

⑨ 今、一番心配なことや相談したいことがあれば教えてください。

※今日の受診理由でも、それ以外でも結構です。ご家族のことでも構いません。

()



ご協力ありがとうございました。

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。

正確な情報を取得する為、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。