

問 診 票

記入日 R 年 月 日

ふりがな			T・S・H・R	年	月	日	歳
患者氏名	男・女	電話	—	—	—	—	—
		携帯	—	—	—	—	—
患者住所	〒 —						
緊 急 連絡先	氏名	続柄	T・S・H・R	年	月	日	
	住所	〒 —					
	電話	—	—	携帯	—	—	—
付き添い者	氏名	続柄	T・S・H・R	年	月	日	

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

2. 他の医療機関からの紹介状を持参していますか？

☐ いいえ ☐ はい→受付またはケースワーカーへお渡しください

3. 今回の受診理由をお聞かせください。

①治したい症状・お困りのことはなんですか？ 例)夜眠れない、気分が沈む

②それはいつ頃からですか。 昭和・平成・令和 年 月 日

③このことで病院などで診てもらいましたか ☐ はい(ア、イにお答え下さい) ☐ いいえ

ア. 外来 S・H・R 年 月 日 病院名：

イ. 入院 S・H・R 年 月 日～ S・H・R 年 月 日

病院名： 科：

4. 身長： cm 体重 kg (急激に ☐ 痩せた ☐ 太った ☐ 変わらない)

5. 現在治療中の病気や、今までかかった大きな病気(入院や手術を要したもの)をお答えください。

年齢 歳 病名： 病院名：

年齢 歳 病名： 病院名：

年齢 歳 病名： 病院名：

6. 内服中のお薬はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい：お薬名等をお答えください

※お薬手帳持参でしたら薬品名の記入は不要です。

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です。

薬剤名・用量・投薬期間等

7. 感染症があると言われた事がありますか？

☐ いいえ ☐ はい： ☐ 結核 ☐ 梅毒 ☐ 肝炎 ☐ その他 ()

8. 過去1年渡航歴はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい： / ~ / 場所 ()

9. 食べ物、お薬、注射で気分が悪くなったり、蕁麻疹がでたことがありますか？

☐いいえ ☐はい：食品名（ ）薬・注射名（ ）

10. ご家族の方で下記の項目に該当する方がいらっしゃいますか？

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐脳卒中 ☐心臓病 ☐肝臓病 ☐精神疾患（ ）

11. アルコールは飲まれますか？ ☐いいえ ☐はい：1日平均（ ）

10. タバコは吸われますか？ ☐いいえ ☐はい：1日平均（ ）本

12. 排便状況をお尋ねします。☐毎日 ☐週2～3回 ☐週1 ☐その他（ ）☐下剤使用

13. 最近健康診断や検査を受けましたか？ ☐いいえ ☐はい：検診日等をお答えください

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、記載は不要です(特定健診及び高齢者検診に限る)

H・R 年 月 日 病院・検査内容：

14. 女性の方にお尋ねします。 ①現在妊娠してますか？ ☐いいえ ☐はい：妊娠 週

②最終月経（ R 年 月 日） ③閉経（ S・H・R 年）

15. この病院をどのようにお知りになりましたか。

☐電話帳 ☐友人、知人の紹介 ☐他の病院、医師の紹介 ☐ホームページ ☐その他（ ）

16. 出生地、生育地と学校についてお尋ねします。

生まれた所： 育った所：

最終学歴： ☐卒 ☐中退 ☐在学中 学業成績 ☐上 ☐中 ☐下

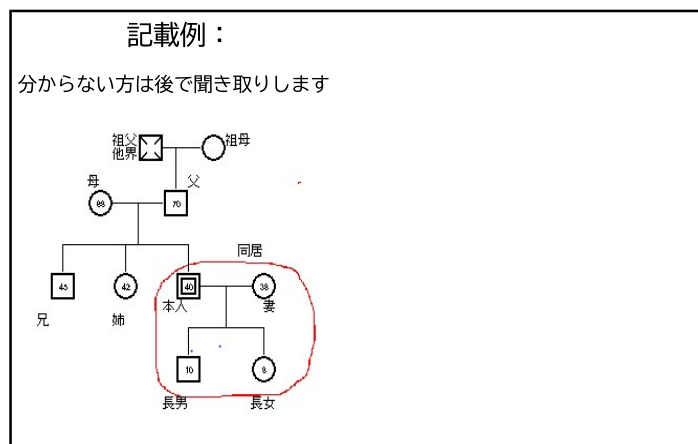
17. 所持している手帳はありますか？ ☐精神保健福祉手帳 ☐療育手帳 ☐身体障害者手帳

18. 患者様の結婚についてお伺いします。 ☐未婚 ☐既婚： 歳時 ☐離婚： 歳時

☐死別： 歳時 ☐再婚： 歳時

※複数時は追記してください：

19. あなた（患者様）を中心とした
家族構成を図で書いてください。



20. 今までにやっていた仕事があれば、
順に書いてください。

期 間		職 業
S H R	年 月 ～ S H R 年 月	
S H R	年 月 ～ S H R 年 月	
S H R	年 月 ～ S H R 年 月	
S H R	年 月 ～ S H R 年 月	

21. 治療上の事で何か気にかかる事があれば教えて下さい。
