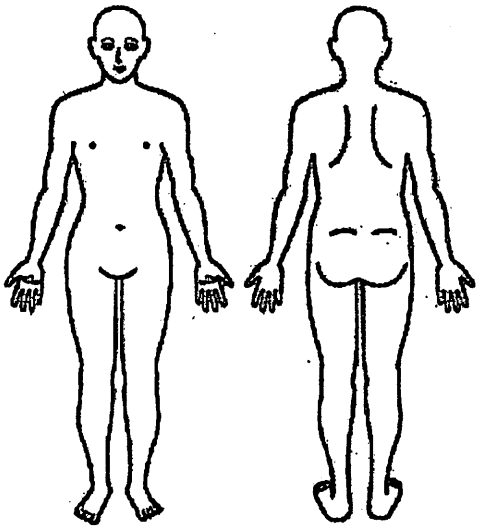


問 診 票

ID:

記入日: 年 月 日

フリガナ		生年月日: 年 月 日 (歳)
お名前	男・女	身長 cm 体重 kg 職業:
		胃腸は弱いほうですか? はい いいえ
住所	〒	喫煙歴: 無・有(本/日× 年間)・禁煙した
		飲酒: 無・有(週 日)種類・量()
自宅電話		抜歯(麻酔)歴: 無・有 介護保険: 無・有()
携帯電話		アレルギー(食事・薬物): 無・有()

<p>本日はどうなさいましたか? 当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>他の医療機関からの紹介状持参した <input type="checkbox"/>健康診断希望 <input type="checkbox"/>交通事故 マイナンバーカード健康保険証による 診療情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>むくみ <input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息苦しい・息切れ <input type="checkbox"/>脈が速い・遅い <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>食欲不振 <input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>めまい・ふらつき <input type="checkbox"/>胃の調子が悪い <input type="checkbox"/>便秘・下痢 <input type="checkbox"/>尿の調子が悪い <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>熱(°C) <input type="checkbox"/>鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/>咳・たん <input type="checkbox"/>その他()</p>	<p style="text-align: center;">症状のある部位に○をつけてください</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>症状はいつ頃からありますか? 約()日・週間・ヶ月・年前から</p>	
<p>この1年間で健診を受けましたか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (いつ頃: 指摘事項:)</p>	
<p>過去に指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>癌(部位) <input type="checkbox"/>その他()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (口妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	
<p>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・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。</p> <p>◆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)</p>	
<p>当院をどちらでお知りになりましたか? <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>通りがかり <input type="checkbox"/>紹介() <input type="checkbox"/>その他()</p>	

※ご協力ありがとうございました。