

# 問診票 (記入日: 年 月 日)

岡島内科胃腸科医院

フリガナ		生年月日	(昭和・平成・令和)		
お名前	(男・女)		年	月	日( 歳)
ご住所	(〒 — )				
電話番号	自宅	—	—	携帯	—

マイナンバー保険証による保険情報・診療情報の取得に同意しますか？ (  はい  いいえ )

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (  はい →受付にお出してください  いいえ )

お薬手帳あるいは薬の説明書をお持ちですか？ (  はい →受付にお出してください  いいえ )

本日はどうされましたか？ ➡	<input type="checkbox"/> 熱、またはかぜ症状、咳	<input type="checkbox"/> 熱やかぜ症状ではない
あてはまるものにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気・おう吐 <input type="checkbox"/> 胃が痛い <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> 胸が痛い(心臓) <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 皮膚が痛い・ブツブツなど <input type="checkbox"/> 健康診断で引っかかった <input type="checkbox"/> 健康診断希望 <input type="checkbox"/> その他( )		
それはいつ頃からですか？ ( )		
今までにかかった病気や、手術歴はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
現在、飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容を記入ねがいます) ➡	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           ※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です         </div>	
喫煙・飲酒について教えてください。		
喫煙: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っている(1日 本 × 年) <input type="checkbox"/> 禁煙した ( 年前から禁煙、それまでは1日 本 × 年)		
飲酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む( 毎日・週 日、ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー ml)		
食べ物や薬のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )		
女性の方へ: 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり ) <input type="checkbox"/> 授乳中		
その他、気になること、お聞きになりたいことなど、自由にご記入ください。		

(当院使用欄) 院内計測体温: \_\_\_\_\_ °C

ご記入ありがとうございました。