

## 成東しおさいクリニック 問 診 票(当番医日用)

※当院の受診歴がある方はクリニック ID のみご記入ください。

クリニック ID※	フリガナ		
	氏名		
性別	生年月日		携帯電話番号
男 ・ 女 ・ 答えたくない	昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦      年    月    日		
郵便番号	住所		自宅電話番号
〒			

1. どうなさいましたか？

かぜ症状： ☐発熱 ☐のどの痛み ☐鼻水・鼻づまり ☐咳 ☐痰 ☐関節の痛み

頭・脳： ☐頭痛 ☐（ぐるぐる回る）めまい ☐ふらつき

胸： ☐息苦しさ ☐胸の痛み ☐動悸 ☐むくみ

お腹： ☐腹痛 ☐お腹が張る ☐下痢 ☐吐き気・嘔吐 ☐便秘

その他： ( )

その症状はいつからですか？ ( )

2. タバコは吸いますか？

☐吸わない ☐吸う(1日\_\_\_\_本を\_\_\_\_歳から) ☐以前は吸っていた(1日\_\_\_\_本を\_\_\_\_歳まで\_\_\_\_年間)

3. 当てはまることがありましたらお答えください。

☐妊娠中(\_\_\_\_週) ☐授乳中(断乳できない) ☐授乳中(断乳できる)

4. (12歳未満の方)体重を教えてください。

\_\_\_\_Kg

5. 食べ物・くすりのアレルギーがあればおしえてください。

( )

6. (初診の方)これらの病気と言われたことがありますか？ そのときの年齢もしくは年も教えてください。

☐糖尿病(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年) ☐高血圧症(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年)

☐脂質異常症(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年) ☐気管支喘息(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年)

☐狭心症・心筋梗塞(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年) ☐脳梗塞・脳出血(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年)

☐がん(\_\_\_\_歳・\_\_\_\_年・部位\_\_\_\_)

☐入院した・手術を受けた (病名\_\_\_\_ 歳・\_\_\_\_年)

(病名\_\_\_\_ 歳・\_\_\_\_年)

(病名\_\_\_\_ 歳・\_\_\_\_年)

マイナ保険証を利用し同意いただくと、特定健診結果や他院を含む薬の投薬状況や診療行為を共有することができます。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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

7. (必ずお答えください)マイナ保険証による情報取得に同意いただけますか？

☐はい ☐いいえ

スタッフ記入欄

\_\_\_\_℃ \_\_\_\_/\_\_\_\_mmHg \_\_\_\_回 SpO2\_\_\_\_%