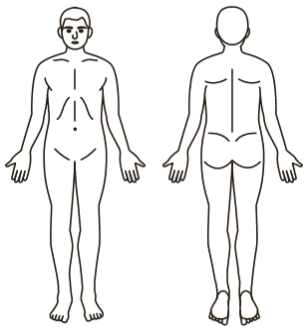
問　診　票

記入日：　令和　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　名		男 女	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日　（　　才）
住　所	〒	電話番号	〈自宅〉 〈携帯〉

身長：　　ｃｍ　　体重：　　ｋｇ　　体温：　　℃ 職　業：　　自動車の運転：　有　・　無

1．いつ頃からどのような症状がありますか？
　また、その部位を図にご記入ください。



2．今までにかかった病気、又は現在治療中の病気はありますか？

□　高血圧症　　□　狭心症　　□　心筋梗塞　　□　不整脈　　□　脳梗塞・脳出血
□　気管支喘息　　□　肺結核　　□　胃・十二指腸潰瘍　　□　肝臓病　　□　アレルギー疾患
□　糖尿病　　□　腎臓病　　□　膠原病　　□　高脂血症・高コレステロール血症
□　癌（　　）　　□　その他（　　）

※過去に入院や手術をされたことはありますか？
【　いいえ　・　はい　】　「はい」の方【病名：　　】　【時期：　　頃】

3．今までに薬や注射などで副作用を起こしたことはありますか？　【　いいえ　・　はい　】
　「はい」の方【症状：　　】【薬剤名：　　】【時期：　　頃】

4．服用中のお薬はありますか？【　　】
　本日お薬手帳はお持ちですか？　【　いいえ　・　はい　】

5．お酒を飲みますか？　【　いいえ　・　はい　（頻度：　毎日　・　週　　回　・　時々　）】

6．タバコを吸いますか？　【　いいえ　・　はい　（頻度：１日　　本　）】

7．　介護保険をお持ちですか？　【　いいえ　・　はい　】
　→リハビリはご希望ですか？　【　いいえ　・　はい　】

8．ペースメーカーをご使用ですか？　【　いいえ　・　はい　】

9．　オンライン資格確認システムを用いて下記の内容に同意いただけますか？
　①他の医療機関の受診歴　【　同意する　・　同意しない　】
　②処方されているお薬　【　同意する　・　同意しない　】
　③特定健診の受診歴　【　同意する　・　同意しない　】
　※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

１０．女性の方のみお答えください。　妊娠中ですか？　【　いいえ　・　はい　】

１１．当院をどのように知りましたか？
　【　インターネット　・　看板（　駅　・　道路沿い　・　電柱　）　・　ご紹介　・　その他（　　）　】

なかねクリニック　院長　中根幸実