

問診票

くさまみなとクリニック

ふりがな		男	生年月日	大正	昭和	平成	令和
氏名		女		年	月	日	歳
住所	〒						
TEL (自宅)		TEL (携帯)		(代理:)			
身長	cm	体重	kg	平熱	℃		
マイナンバーカードをお持ちですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい							
「はい」と答えた方 (マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい)							

本日の受診理由に当てはまる内容に☑、また詳しい内容の記入をお願いします

- 専門外来の受診** 糖尿病 甲状腺 血圧・脂質異常 いびき・無呼吸 肥満 禁煙
- をご希望の方** → ★当院へ転医希望の方 → (前の病院名: _____)
 (転院をされる理由: _____)
- ★現在飲んでいるお薬はありますか? はい いいえ
 お薬手帳をお持ちの方は受付にお見せください
 お薬手帳をお持ちでない方は、服薬している薬品名を記入してください
 (薬品名 _____)
- ★採血結果・健診結果をお持ちの方は、受付に提出してください
- 健診異常での受診** 糖代謝 血圧 甲状腺 脂質異常 心電図 その他(_____)
- をされる方** → ★持参された健診結果は受付に提出してください
- ★会社に提出する書類はありますか はい いいえ
- その他の受診** 健診・検診(名古屋市等) 抗体検査・ワクチン接種 診断書・書類の記入
- をご希望の方** → 小型船舶免許 AGA ED

その他の症状・受診理由のある方 いつから・どこが・どのように 具体的に記入してください

★薬の形状は 粉薬 錠剤 シロップ 希望です

受診されるすべての方へ ①～⑤の質問にお答えください

- ①いままでに大きな病気・手術・ケガをされたことはありますか? いいえ はい
 「はい」と答えた方 (いつ頃 _____ 病名 _____)
- ②食物アレルギー・薬物アレルギーが出たことはありますか? いいえ はい
 「はい」と答えた方 (食品・薬物名 _____)
- ★注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹・冷や汗が出たり、ショックを起こしたことがある方
 本人及び家族に喘息・アレルギー・蕁麻疹・ピリン疹がある方は必ず医師に申し出てください
- ③タバコは吸われますか? いいえ はい (1日 _____ 本くらい)
- ④お酒を飲めますか? いいえ はい (種類 _____ 1回量 _____ 週に _____ 日)
- ⑤女性の方へ 生理中 妊娠中 (_____ 週) 授乳中 (産後 _____ 週)

ご記入ありがとうございました