

診療申込書・問診票				ID			
				受診日 令和 年 月 日			
ふりがな				生年月日	西暦 年 月 日		
氏名				年齢	歳	性別	男・女
(自宅)電話番号 () -				(携帯)電話番号 () -			
住所	〒 -						
本人以外の緊急連絡先	名前 (続柄)			電話番号 () -			
医療法人万風会の個人情報保護方針,目的を理解し,同意しますか?					同意 ・ 不同意		
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。					同意 ・ 不同意		
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍 回/分
(以下当てはまる項目に✓をお付けください。)							
・今回受診された理由をお伺いします。							
<input type="checkbox"/> 他院から受診を指示された		<input type="checkbox"/> 症状があるので		<input type="checkbox"/> 検査で異常を指摘された			
症状	<input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> その他		その症状は、現在も持続していますか		<input type="checkbox"/> 持続している <input type="checkbox"/> 今は、消失している		
今は消失している方にお尋ねします <input type="checkbox"/> 繰り返し起きる (頻度 週に 回くらい)							
上記のために医療機関を受診しましたか <input type="checkbox"/> 受診した				<input type="checkbox"/> 受診したことはない			
・今までに入院、手術をしたことがありますか？				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
病院名				病名			
・他の医療機関へ通院していますか？				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
病院名				病名			
・今飲んでお薬はありますか？(お薬手帳またはお薬をお持ちの方は記入不要です。)							
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		お薬名					
・心臓ペースメーカーや脊髄刺激装置を埋め込んでいますか？				<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
・ご家族に60歳以下で突然死された方や心筋梗塞、脳梗塞の方はいますか？							
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ					
・薬で肝障害、薬疹をきたし、医師にかかったことがありますか？							
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		薬剤名)		
・薬や食品でアナフィラキシーを起こしたことがありますか？							
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		薬剤名)		
(アナフィラキシーとは複数の臓器に強い症状が現れるアレルギー反応です)							
・アナフィラキシーを起こす食べ物がありますか？(そば、グルテン、甲殻類等)							
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ					

裏面にもご記入ください

・造影剤でアナフィラキシーを起こしたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
・その他のアレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> その他()			
・最近体重の変動がありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・排便は規則的ですか？ <input type="checkbox"/> 便秘がある <input type="checkbox"/> 問題ない			
・排尿に問題はありますか？ <input type="checkbox"/> 夜間頻尿がある <input type="checkbox"/> 気になることがある <input type="checkbox"/> 問題ない			
・食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良			
・よく眠れますか？ <input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないので毎晩睡眠薬を飲んでいる			
<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 眠れないので時々睡眠薬を飲んでいる			
・タバコを吸いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸わない			
（「はい」の方）		いつからですか 歳より	
		1日何本くらいですか？ 本/日	
（「以前吸っていた」方）		いつ禁煙しましたか？ 年前	
		1日何本くらい喫煙していましたか？ 本/日	
・定期的にお酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回			
・一回量	缶ビール	缶	ワイン ml
			日本酒 ml
			種類() ml
・輸血をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・(女性の方へ)現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある			
・(女性の方へ)現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・(女性の方へ)月経について <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 閉経した			
	最終月経	月	日
	閉経	歳	
・当院を受診されたきっかけは何ですか？			
	<input type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 職場が近く	
	<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 自宅が近く	
	<input type="checkbox"/> 看板をみて	<input type="checkbox"/> 受診を指示された	
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。			

ご記入ありがとうございました。受付へご提出下さい。