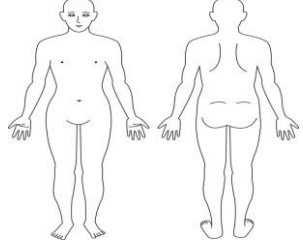


# 外来問診票

記載日 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日	年齢
お名前 様	男・女	西暦 年 月 日	歳
〒 住 所	紹介状(診療情報提供書)		
電話番号 ( )	あり ・ なし		
携帯電話 ( )	当院を受診されたことがありますか?		
	あり ・ なし		
以下の質問に該当する項目に☑をあてはまる欄にご記入ください			
マイナ保険証(保険証と紐づけされた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 本日、診療情報取得に同意されましたか? ( はい ・ いいえ )			
ご希望の診療科目 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 専門外来(糖尿病・肝臓病・肛門科・リウマチ科・膠原病・炎症性腸疾患・禁煙外来・リハビリ科・プラセンタ)			
いつ頃から どの辺りが どのような症状	 (症状のあるところを○で囲んでください)		
(今日の体温 °C)			
今までに下記の病気になったことがありますか? <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞など <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ( )			
今までに病気やけが・手術・入院の経験がありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 何歳ごろ ( ) 医療機関名 ( ) 病名・治療内容 ( )			
現在、他の医療機関に通院されていますか? *持参された紹介状等がある場合はお見せください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 最終受診日( 月 日) 医療機関名 ( ) 治療内容 ( )			
現在飲んでいるお薬はありますか? *お薬手帳をお持ちの方はお見せください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )			
※マイナ保険証による情報取得に同意された方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能			
現在の状況についてご記入ください たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う _____ 本/日 (喫煙年数 _____ 年) お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (1日何をどれくらい )			
アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 食べ物 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 受診時期( 年 月 日) 指摘事項 ( )			
※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、省略可能			
女性の方にお伺いします 現在、妊娠していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 月 ) 授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
病気の告知について(がんなど) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する( 本人 ・ 家族 )			
介護保険 <input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 認定あり ( 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) 居宅支援事業所名( ) ケアマネージャー氏名( ) 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( 級、障害の種類 )			
ご来院いただいたきっかけは? <input type="checkbox"/> 他病院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌をみて <input type="checkbox"/> 駅看板をみて <input type="checkbox"/> 以前にもかかったことがある			

※ 裏面に続きます

医療法人 晴心会 野上病院

2022.12.7

