問診票　かがやき糖尿病内分泌クリニック三宮

診療をスムーズに進めるためお手数ですが下記にご記入ください。

なお、問診でお聞きした情報は治療以外の目的には使用しません。

フリガナ

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日

ご住所　〒　　－　　市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご職業＿＿＿＿＿＿

電話番号（ご自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※マイナ保険証を利用された方は、マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？（　はい・いいえ　）

① 本日はどのようなことで受診されましたか？　※発熱のある方へ　現在の体温＿＿＿＿℃

いつから＿＿＿＿＿＿　どのような症状で＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② 現在治療中の病気はございますか？　（　なし　　あり　）

ありの場合→（ 糖尿病　高血圧　高脂血症　心臓病　腎臓病　肝臓病

アレルギー疾患（喘息など）　心筋梗塞・狭心症　脳卒中　その他＿＿＿＿＿＿）

③ この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことはございますか？（　なし　あり　）

④ 過去に入院　、手術を受けられたことはございますか？　（　なし　　あり　）

ありの場合　→　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　いつ頃＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤ 現在服用中のお薬はございますか？　（　なし　　あり　）※お薬手帳があれば、受付にお出しください

ありの場合　→　薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥ 薬や食べ物に対するアレルギーはございますか？　（　なし　　あり　）

ありの場合→　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑦ 血縁関係のあるご家族で、以下のご病気の方はいらっしゃいますか？　（　なし　　あり　）

ありの場合→（　糖尿病　高血圧　高脂血症　心臓病　腎臓病　肝臓病　癌

アレルギー疾患（喘息など）　心筋梗塞　脳卒中　その他＿＿＿＿＿＿＿＿　）

⑧ 喫煙、飲酒はなさいますか？

タバコ　（吸っている→＿＿本×＿＿才から

以前に吸っていた→＿＿本×＿＿才まで吸っていた　吸ったことがない）

アルコール　（週に＿＿日程度飲む　飲まない）

１日に　ビール＿＿＿mL　日本酒＿＿合　焼酎＿＿杯　ワイン＿＿mL　ウィスキー＿＿杯

⑨ （女性の方へ）現在妊娠中・授乳中ですか？　（　はい　　いいえ　）

⑩ 現在の身長、体重について　（　＿＿＿＿cm／＿＿＿＿kg　）

⑪ 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

・インターネット　・SNS(Facebook,Instagram)　・当院下の看板　・知人の紹介（　　様より）

・他院からの紹介　・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご協力ありがとうございました

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。