

問診表

体温： . 度

平熱： . 度程度

ふりがな 氏名	(才)	男・女	職業	身長 体重 血液型	cm kg 型
(1) マイナ保険証による診療情報取得に同意したか			同意なし	・ 同意あり	
(2) ほかの医療機関からの紹介状を持っているか			なし	・ あり	
(3) 本日受診した症状について 症状の内容 発症時期・経過					
次のうち、当てはまるものを○で、特にひどいものを◎で囲んでください					
〈食欲〉 ある ふつう ない					
〈睡眠〉 よい 眠れない					
〈小便〉 1日____回くらい(夜間____回) 1回量が多い 普通 少ない					
〈大便〉 ____日に____回くらい 普通 軟らかい 硬い 下痢 出にくい 痔がある					
〈生理〉 順 不順 生理痛がある おりものがある 閉経____才頃					
〈症状〉 くしゃみ 鼻水 鼻づまり のどが痛む 咳 痰 ぜいめい 息切れ 動悸 胸痛 口が苦い 生つばが出る ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 吐き気 嘔吐 腹痛 腹が張る 腹鳴 ガスが多い 頭痛 頭重 めまい 立ちくらみ 耳鳴り のぼせる イライラする 視力低下 目が疲れる 首の後ろが凝る 背中が凝る 肩がこる 腰痛 手足が痛む 痺れる ふるえる 冷える ほてる むくむ 疲れやすい 口が渇く 多汗 寝汗をかく 顔がむくむ					
(4) 現在、他の医療機関に通院しているか					
医療機関名		受診日		治療内容	
(5) 現在処方されている薬があるか			なし	・ あり(※)	
※ありの場合は別紙：現在の服薬状況へ					
マイナ保険証による情報取得に同意した場合、R4.9月～直近1か月までは省略可					
(6) これまでに大きな病気にかかったことがあるか			なし	・ あり(※)	
※ありの場合は別紙：通院歴へ					
(7) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したか					
※マイナ保険証に同意した場合は省略可			なし	・ あり(※)	
受診時期		指摘事項など			
(8) これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか			なし	・ あり	
原因となったもの		症状			
(9) 現在妊娠中または授乳中であるか(女性のみ)			なし	・ あり(妊娠週数 週)	