

こだいら内科・心臓内科 問診表

ID:

年 月 日

フリガナ		性別		
お名前		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
ご住所	〒	電話		
		職業		

Q1: マイナンバーカードを保険証として使用しますか? (はい、 いいえ)

Q2: Q1で「はい」とお答えの方のみお答えください。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか?(はい、 いいえ)

Q3: この1年間で「特定健診」「高齢者健診」を受診していますか? (はい、 いいえ)

Q4: Q3で「はい」の方のみお答えください。受診時期(月頃) 指摘事項()

Q5:他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (はい、 いいえ) → 「はい」の方は、受付にお渡しください。

今日は どうされましたか?	風邪症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲不振
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> どうき <input type="checkbox"/> 息苦しい
	その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> アレルギー症状(目のかゆみ、鼻汁等)
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み
	健診・検査	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 健診の再検査 <input type="checkbox"/> アレルギー検査希望
	予防等	<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 禁煙外来
	その他	()

症状についてできるだけ具体的にご記入ください。
 (いつから、どのような症状が、どのくらいの頻度や持続時間で出現したのか。他の病院にかかっていたらその内容もご記入ください)

記入例①: 8月7日の夕食後から急に動悸が出現。5分で収まったが、その後も何度も繰り返している。
 記入例②: 3月4日の起床後から咳が出現、3月5日から下痢。同日〇〇クリニックで薬をもらったが改善しない。
 記入例③: 症状はないが2022年10月の健診で、心電図異常と、高血圧、血糖の異常を指摘された。

症状がおこる頻度は?
 (例: 今回初めておこったが、その後症状なし・2年前から1か月に1回程度、週に3回程、毎晩起こる 等)

現在、医療機関から処方されている薬はありますか? (定期的に受けている処方と、今回の症状で他院でもらった処方があれば記入してください)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の方のみ。医療機関名と、具体的な薬の名前と用量をご記入ください(薬手帳を提出いただければ、記入は省略いただいても結構です)
--	---	---

***裏面もご記入ください**

<p>現在治療中の病気、または過去に治療していた病気はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症)</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全・心臓弁膜症・心筋症 他)</p> <p><input type="checkbox"/> 高尿酸血症/痛風 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血・脳梗塞) <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(脂肪肝・B型肝炎・C型肝炎他) <input type="checkbox"/> タンパク尿 <input type="checkbox"/> 血尿</p> <p><input type="checkbox"/> 胃・小腸・大腸の病気 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心療内科(精神科)疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> がん等() <input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>手術や、入院治療をされたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方。病名と、病院名、時期、治療内容を簡潔にご記入ください。 例:12歳 虫垂炎手術、 2018年 大腸がん内視鏡手術 ○○病院、 2021年 心筋梗塞でカテーテル治療 A病院 等</p>
<p>お薬・食事等でアレルギーが出たことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方</p> <p>薬品名or食品名 : アレルギー内容 :</p>
<p>たばこは吸いますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>➔ ()本/日・()歳から ➔ ()本/日・()頃～()まで</p>
<p>お酒は飲みますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方</p> <p>週に()日 何を() どれくらい()</p>
<p>ご家族で50歳以下で突然死された方/糖尿病・心臓病の方はいますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>*「はい」とお答えの方</p> <p>誰:(祖父・祖母・父・母・兄弟姉妹・子供) 内容:</p>
<p>女性の方へ 妊娠中あるいは授乳中ですか？</p>	<p>*検査やお薬の処方でも重要になりますのでお答えください</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠している()か月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中 (最終月経: 月 日 から 日間 :<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 閉経)</p>	
<p>当院をどのようにしてお知りになりましたか？</p>	<p><input type="checkbox"/> 当院の看板を見て <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(よろしければその方のお名前:) <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 検索サイトより(<input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> yahoo <input type="checkbox"/> その他)) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> チラシ等を見て <input type="checkbox"/> その他()</p>	
<p>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。従来の保険証での受診も可能ですが、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。当院は「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」「機能強化加算」の算定医療機関です。</p>		

★発熱外来の方はこちらも記入をお願いします★

住民票の住所(現住所と同じ場合は記入不要):〒

未成年の方 保護者氏名:

保護者連絡先(携帯)

新型コロナウイルスワクチン接種回数: 回

最終接種日: 年 月 日 (ファイザー・モデルナ)

BMI>30以上の方ですか? はい いいえ

Sat % 抗原検査(+ -) PCR レントゲン 心電図 溶連菌 インフルエンザ(+ -)