

内科 問診表

お名前： _____ 体温： _____ (自宅・受付時)

他院からの紹介状 有 無 健診または検査結果の持参 有 無

1年以内の健康診断の有無 有 無 ※マイナ保険証による診療情報取得の同意 可 否

今日はどうされましたか？	【風邪症状】 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 鼻水/鼻づまり <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 痰 【からだ】 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 胸が痛い/胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 体のむくみ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> お腹が張る <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気/嘔吐 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 食欲がない 【その他】 <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された <input type="checkbox"/> COVID-19 後遺症 (具体的な症状： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
いつから症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> (_____) 日前 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
希望される検査はありますか？	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血管年齢 <input type="checkbox"/> 体組成計 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> 自費注射 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 (65歳以上の方、40歳以上の女性は保険適応です)

《以下は 3 ヶ月以内に当院を受診したことがある方は記入不要です》

ご職業	会社員 (職種： _____) 学生 主婦 パート・アルバイト 無職			
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 花粉症			
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (喫煙歴： _____ 年、1日の本数： _____ 本/日)			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	授乳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に： _____)			
内服中の薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → ※お薬手帳をご準備下さい			
アレルギー有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (食べ物： _____ 薬： _____)			
飲酒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ビール・日本酒・ワイン・その他： _____ 、 _____ ml/日)			
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護 (_____) または 要支援 (_____)			

来院のきっかけ： 武蔵境病院 ホームページ 紹介 近所 その他 (_____)

※待合室で看護師が症状の詳細を問診させていただきます。ご了承下さい。

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。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算 1 3点、加算 2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)