

# 診療申込・問診表

令和 年 月 日

当院は診療情報を取得・活用する事により、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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いします。

本日マイナンバー保険証による診療情報の取得に同意しますか？ 【 はい ・ いいえ 】

ふりがな				男 女	身長 cm	
氏名					体重 kg	
生年月日	大正 平成 昭和 令和	年	月	日	歳	TEL ( ) -
						携帯
現住所	〒 -					

1) 本日受診する事になったおもな症状はなにですか？ 本日の体温： 度

いつ頃から

どのような症状

2) 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい (下記の病気にすべて○をつけてください)

ぜん息 胃十二指腸潰瘍 緑内障 前立腺肥大 高血圧 糖尿病

結核 心臓病 腎臓病 肝臓病 その他( )

3) 大きな病気をされたことがありますか？

いいえ はい (病名： )

4) ご家族の中で大きな病気をされた方がいらっしゃいますか？

いいえ はい (病名： )

5) 今までに、薬や食物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりした事がありましたか？

いいえ はい (薬、食物の名前⇒ )

6) 酒類や喫煙は1日どれくらいですか？

酒 合 ビール 本 タバコ 本

7) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ はい(妊娠の場合 月)

8) 現在、内服している薬はありますか？

いいえ はい (薬品名 )

9) 当院をどのようにして知りましたか？

( )知人・友人から聞いて ( )家族・親族から聞いて  
 ( )当院ホームページを見て ( )他院からの紹介(病院名：  
 ( )看板を見て ( )自宅が近いから  
 ( )職場が近いから ( )その他( )

10) どのような診療を希望されますか？

( )必要最低限の治療を希望する ( )期間はかかってもよいから、しっかりと治したい  
 ( )しっかり検査をして自分の体の状態を知りたい ( )医師に治療スタンスは任せる

11) 消化器症状のある方への問診です。内視鏡検査を希望されますか？

・希望しない ・希望する(胃カメラ ・ 大腸カメラ ・ 両方) ・医師に相談したい

12) 内視鏡検査希望の方への質問です。今までに内視鏡検査を受けた事ありますか？

いいえ はい (胃カメラ：約 年 ヶ月前 大腸カメラ：約 年 ヶ月前)

13) までの治療において、疑問点・不安点・不満な点があればお聞かせください。

ありがとうございました。これらの事項は秘密厳守いたします。