

(初診・再来初診)

# 問診票(八潮)

ID:

日付 20

年

月

日

フリガナ 氏名	身長 _____ cm
	職業 _____
	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 不問
生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢 _____ 才
〒 _____ 住所 _____	自宅 _____
本人携帯番号 _____	緊急連絡先 _____ 続柄( )
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
他院からの紹介状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。	
症状についてお聞きします。	
治療している病気はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 心臓病(病名 _____)・糖尿病・高血圧・腎臓病・肝疾患 高脂血症・その他( _____ )	
現在通院中の病院・診療所はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医療機関名( _____ )	
上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名( _____ )( _____ 才頃) 手術:なし・あり 病名( _____ )( _____ 才頃) 手術:なし・あり	
今飲んでいる薬はありますか? ★お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちの方はお出してください。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名( _____ )	
今までに薬、注射、食品でアレルギーを起こしたことはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名( _____ ) 食品( _____ ) <input type="checkbox"/> エビ <input type="checkbox"/> カニ	
嗜好品についてお聞きします。 アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 付き合い程度 <input type="checkbox"/> 週3日以上 <input type="checkbox"/> 毎日 タバコ <input type="checkbox"/> 吸ったことはない <input type="checkbox"/> 現在吸っている( _____ 才から _____ 本/日) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた( _____ 才まで _____ 本/日)	
血縁の方に以下の病気の方はいますか? いらっしゃる場合は( )内に続柄をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 糖尿病( ) <input type="checkbox"/> 高血圧( ) <input type="checkbox"/> 心臓病( ) <input type="checkbox"/> 脳卒中( ) <input type="checkbox"/> がん( ) <input type="checkbox"/> 突然死( ) <input type="checkbox"/> その他《病名 _____ 》( _____ )	
女性にお聞きします。妊娠または、妊娠の疑いがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
下記の医療機関にを受診したことがありますか? <input type="checkbox"/> 埼玉東部循環器病院 <input type="checkbox"/> 越谷循環器クリニック <input type="checkbox"/> 草加循環器クリニック	
今回この病院(クリニック)を選んだ理由をお聞かせください。 <input type="checkbox"/> 家や職場から近い <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
来院前にホームページをご覧になりましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医療法人 道心会 草加八潮循環器クリニック