

診察申込書

医師 ()

ご本人	フリガナ	保護者 氏名	フリガナ
	氏名		氏名 関係 ()
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳			性別 男・女
ご住所 (マンション名がある場合は、名前までご記入ください) 〒 電話 (自宅) (携帯) 職業			
勤務先名 〒 電話			
緊急連絡先名			関係 ()
〒 電話			

【 オンライン資格確認等システム(マイナ保険証)の利用にご協力をお願いします 】

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。
取得した情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。
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。

問診票 ②

該当するものに○を記入して下さい。

氏名	
全身 : 倦怠 痛み 痒み むくみ	
精神 : 不眠 ねつきが悪い 途中で目覚める イライラ よく怒る びっくりしやすい	
頭・顔 : 頭痛 めまい のぼせ ほてり (額 頬 後頭)	
眼 : かすむ	耳 : 耳なり
鼻 : つまる	咽喉 : つまる感じ
口 : 乾く 粘る 苦い 冷たいものを飲む	
頸 : こる つまる	
胸 : 動悸 胸痛 圧迫 息切れ 咳 痰	
肩・背 : 肩こり 背中が冷える ほてる 背中がこる	
みぞおち : つかえる 痛む	
胃 : もたれる 痛む (食後 空腹時) 胸やけ むかつき	
腹 : 脹る 痛む	腰・腎 : 腰が痛む
大便 : ____日に____回 硬い 軟らかい	
小便 : 回数が多い少ない 量が多い少ない 夜間尿____回	
四肢 : 手が冷える ほてる (指尖手掌手背) : 足が冷える ほてる (指尖足底足背) 足がつる	
月経 : 無 有 (____日毎に____日続く 量が多い 少ない)	
現在、妊娠中又は授乳中ですか : はい いいえ	
症状が悪化する時間、季節、天候など :	
アレルギー : 薬剤 無 有 食物 無 有	
飲酒 : 無 有	喫煙 : 無 有 (一日____本)