

# 問診票（初診の方）

なわ内科・呼吸器クリニック

ご記入日	令和 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	体温
フリガナ		年齢	___年___月___日（___歳）	°C
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	※スタッフ記入欄
		自宅電話		ID:
ご住所	〒	携帯電話		
		身長	cm	BP /
		体重	kg	SpO <sub>2</sub> %
当クリニックを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介（ ） <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介（ ） <input type="checkbox"/> インターネット（ホームページ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			

お分かりになる範囲で該当する項目にチェック、ご記入ください。紹介状やお薬手帳があれば提出してください。

マイナ保険証による診療情報所得について	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> たん（色： ） <input type="checkbox"/> 発熱（ °C） <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> お腹の痛み <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー		
	<input type="checkbox"/> 呼吸器の病気の検査や治療 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸の検査や治療 <input type="checkbox"/> 禁煙外来の相談 <input type="checkbox"/> 栄養指導の相談 <input type="checkbox"/> 肺がん検診の異常 <input type="checkbox"/> 健康診断の異常 <input type="checkbox"/> 紹介状を持参		
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> （ ）日前から <input type="checkbox"/> ずっと前（ 年 ヶ月前）から <input type="checkbox"/> 時々症状が出る <input type="checkbox"/> 現在症状はない		
	《上記以外の症状やご相談内容があればご記入ください》		
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 気管支や肺の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 脳の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 悪性の病気（がん）（部位： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし		
現在服用しているお薬はありますか？ <small>※お薬手帳があれば提出してください</small>	お薬名： <input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input type="checkbox"/> なし	お薬でアレルギーが出たことはありますか？	お薬名： 症状： <input type="checkbox"/> なし
花粉、ホコリや食品などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> スギ花粉 <input type="checkbox"/> ヒノキ花粉 <input type="checkbox"/> その他花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> 食品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
タバコを吸いますか？ （電子タバコを含む）	<input type="checkbox"/> 現在も喫煙あり <input type="checkbox"/> 過去に喫煙あり…（ ）年前に禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙経験なし	※喫煙量 一日（ ）本程度を （ ）年間	
ペットを飼っていますか？	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 飼っていない		
健診を受けていますか？	<input type="checkbox"/> 最近1年に（特定健診・高齢者健診）を受けた <input type="checkbox"/> その他の健診 <input type="checkbox"/> なし		
《女性の方へ》	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中（ ）ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 特になし		

ご協力ありがとうございました。受付にご提出ください。

当院は診療情報を所得・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。  
 正確な情報を所得・活用するために、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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）