

# 問 診 表

年 月 日 ( )

氏 名 \_\_\_\_\_

最高血圧 \_\_\_\_\_ mmHg

身長 \_\_\_\_\_ cm

最低血圧 \_\_\_\_\_ mmHg

体重 \_\_\_\_\_ kg

脈拍数 \_\_\_\_\_ 回/分

(1) 今日どのような症状で来られましたか？ (あてはまるものに○を付けてください。)

- 1. 頭痛      2. 頭部打撲      3. めまい(ぐるぐる目が回る)      4. 耳なり
- 5. ふらつき      6. しびれ(                      )      7. 手や足に力が入らない(                      )
- 8. その他(                      )

(2) ○印をされた症状はいつ頃からありますか？

(3) ○印をされた症状で他の病院で診察を受けられている場合は、病名と病院名をご記入ください。

(4) 持病がありますか？ (あてはまるものに○を付けてください。)

- 1. 高血圧      2. 糖尿病      3. 高脂血症      4. 心臓病      5. 腎臓病
- 6. 肝臓病      7. その他(                      )

(5) 現在、服用中のお薬はありますか？ (ある・なし) かかりつけ医(                      )  
お薬手帳または薬剤情報用紙はご持参されていますか？ (ある・なし)

(6) 診察の先生の希望があればご記入ください。(                      先生)※診察の状況により、ご希望に添えないこともございます。

(7) 体に金属が入っていませんか？

- ・ペースメーカー (ある・なし)
- ・その他の場所 (ある・なし) あればどこの場所ですか？(                      )

(8) アレルギーはありませんか？ (ある・なし) (                      )

(9) 妊娠の可能性はありませんか？ (ある・なし)

(10) ・タバコの本数 (                      本/日)  
・お酒の量 (                      ) を                      ml・合/日

## マイナンバーカードが保険証としてご利用できます

当院はマイナ保険証により診療情報を取得・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。

- ・マイナ保険証を持っていますか                      ・はい                      ・いいえ
- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか                      ・はい                      ・いいえ

## 当院からお薬の処方があった場合、どちらを希望しますか？

(どちらかの□にチェックを入れてください。)

- ジェネリック(後発医薬品)      先発医薬品      どちらでもよい

※ 他の病院に通院中の方は、紹介状や服用中の薬などを提示下さい。

※ 初診の患者様は、検査などにより2～3時間お待ちいただくことがあります。ご了承下さい。