

ご記入日

年 月 日

花小金井ハートクリニック問診票

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳	
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅電話		
		携帯電話		
		緊急連絡先	お名前 電話番号	
当院でマイナ保険証をお使いですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
はいの方は当院で診療情報(健診結果や処方内容)取得に同意していただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。				
今日は どう されましたか？	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸		
	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある() 度 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喉の痛み		
		<input type="checkbox"/> 痰(色:) <input type="checkbox"/> 鼻水(色:)		
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 / 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲低下		
その他 ※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。				
症状はいつ からですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () 週間前から <input type="checkbox"/> 現在症状はない <input type="checkbox"/> その他()			
現在治療中の 病気 過去に治療・ 手術した病気	<input type="checkbox"/> ある ※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(不整脈も含む) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()			
飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」とお答えの方 薬品名()			
お薬や食品で アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ある ※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> ない 薬品名() 食品名()			
飲酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 毎日・週()回・機会飲酒 // 喫煙: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本/日(~ 歳)				
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中()ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中			

看護師記載欄

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。
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算させていただきます。