

# 問 診 票

令和 年 月 日

ID _____	体温 ( _____ ) °C
ふりがな _____	生年月日 _____
氏名 _____	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 ) ( 男 ・ 女 )
〒 _____	_____
電話番号 自宅 ( _____ ) _____	携帯 ( _____ ) _____

- いつ頃からどのような症状がおありですか？ ( 年 月 日頃から )  
発熱 下痢 嘔吐 胃痛 咳 咽頭痛 鼻水 腹痛 頭痛 膀胱炎  
胸痛 息切れ 動悸 立ちくらみ めまい その他 ( )
- 手術を受けたことがございますか？ (はい ・ いいえ)  
「はい」の方・・・ ( 年頃 ) 病名 ( )
- 今までにかかったことのある病気の欄に○をいれてください。  
肝臓病 ( ) 心臓病 ( ) 高血圧 ( ) 糖尿病 ( )  
高脂血症 ( ) 癌 ( ) 脳卒中 ( ) 緑内障 ( )  
その他 ( )
- 現在服用中のお薬はございますか？ (はい ・ いいえ)  
「はい」の方・・・どのようなお薬ですか？ ( )
- アレルギーはございますか？ (あり ・ なし)  
「あり」の方・・・ ( )
- 嗜好品についてお聞きします。  
お酒 ( 1日 \_\_\_\_\_ ) たばこ ( 1日 \_\_\_\_\_ 本 )
- お薬手帳お持ちですか？ [ なし ・ あり ]
- お支払い方法は？ [ 現金 ・ キャッシュレス決済 ]  
( クレジット ・ 電子マネー ・ コード支払 )

※下記は女性の方

- 妊娠していらっしゃいますか。妊娠の疑いがありますか。  
はい ( 妊娠 週 ) ・ いいえ

\* 正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証の診療情報取得にご協力をお願い致します。

ご協力有難うございました

広島ハートクリニック安佐南