

問診票(耳鼻咽喉科)

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	年齢	
<p>1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>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。 正確な情報を取得・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 (マイナ保険証を利用しない場合) ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)</p> </div>			
<p>2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>			
<p>3. 本日はどのようなことで受診されましたか？</p> <p>3-2. その症状はいつからですか？</p> <p>3-3. その症状で他院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (病院名 :)</p> <p>★喘息の有無 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>			
<p>4. 現在、他の病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい *お薬手帳 <input type="checkbox"/>持参あり <input type="checkbox"/>持参なし</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です</p> <p>(病名) (病院名) (薬名 1日 回 日分)</p> <p>(病名) (病院名) (薬名 1日 回 日分)</p>			
<p>4-2. 血液をサラサラにする薬を現在内服されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬名 :)</p>			
<p>5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>(年齢 : 病名 :)</p> <p>(年齢 : 病名 :)</p> <p>(年齢 : 病名 :)</p>			
<p>6. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (いつ: 指摘事項:)</p>			
<p>7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？</p> <p>薬 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p> <p>食べ物 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p> <p>金属 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p>			
<p>8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>している <input type="checkbox"/>可能性がある</p> <p>授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>			
<p>9. 喫煙・飲酒についてお答えください</p> <p>喫煙 <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(本/日、喫煙歴 年) <input type="checkbox"/>以前吸っていた(本/日、喫煙歴 年)</p> <p>アルコール <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (何を どれくらい)</p>			
<p>10. 最近の身長・体重を教えてください</p> <p>身長 _____cm 体重 _____kg</p>			