

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
氏名			
住所	〒 -		
電話番号	() -	携帯電話	() -

①他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ なし あり
(ありの方)紹介元医療機関及び担当医名()

②下記のどのような症候がありましたか？
手足のむくみ むくみを伴う体重の増加 顔のむくみ まぶたのむくみ
尿量の減少(乏尿・無尿) 尿意が多い(多尿) 夜間尿(一晩に()回の排尿)
血尿(赤、茶色) 尿の泡立ち 血圧高値 たちくらみ
自覚症状は特になかったが、蛋白尿 血尿 腎機能低下を指摘された。
その他(自由入力:)

③上記の症状はいつ頃からありましたか？()頃より)

④現在、他の医療機関に通院されていますか？ なし あり
(ありの方)医療機関及び担当医名()

⑤過去に大きな病気やけがをしたり、手術を受けたり、慢性の病気で治療を続けた事は
ありませんか？なし あり⇒()歳頃、病名()

⑥血縁関係にある人に以下のような病気はありませんか？
 (慢性)腎臓病 透析療法を必要とする腎不全 高血圧症 糖尿病
脳卒中 虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞等) COPD 癌(部位:)

⑦現在、他の病気にかかっていますか？なし あり(病名:)

⑧現在、内服している薬はありますか？なし あり⇒お薬手帳あり お薬手帳なし

⑨たばこは？吸わない 吸う 以前吸っていた⇒__本/日×__年間

⑩酒は？飲まない 飲む 以前飲んでいて⇒機会飲酒 __本/日×__年間
 ※酒1単位はビール550ml、日本酒1合、ワイングラス1杯、酎ハイ500ml

⑪コーヒー・紅茶は？飲まない 飲む⇒__杯/日

⑫薬・食べ物等のアレルギーは？なし あり⇒(具体的に:)

⑬常用しているサプリメント・健康食品・漢方薬等はありませんか？なし あり
(ありの方)(内容:)

⑭現在、妊娠中・授乳中ですか？(女性のみ) いいえ はい⇒(__ヶ月・授乳中)

⑮この1年間で特定検診及び高齢者検診を受診されましたか？ いいえ はい
(はいの方)検診時期(__年 __月)(指導事項:)

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。
 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おります。
 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。
 厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。
 ①マイナ保険証持参・診療情報取得に同意頂いた場合 初診時:2点 再診時:加算なし
 ②①以外の場合 初診時:6点 再診時:2点

⑯(マイナ保険証を提示された方のみ)診療情報取得に同意頂けますか？ 同意する

ご協力ありがとうございました。