

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	電話番号	(自宅) — — (携帯) — —
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	住所	〒 — —	
緊急連絡先	氏名	あなたとの続柄	電話番号	— —

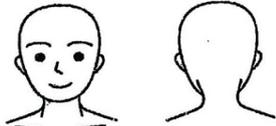
1. 当院への来院のきっかけは何ですか？

①近かったから	⑤12号線の看板を見て (弥生町・野幌・フィットランド)	⑧その他
②知人・医療機関の紹介 ( 様)	⑥広告を見て (まんまる新聞・ホムドクター)	[ ]
③評判を聞いて	⑦無料送迎がある	
④インターネット・HPを見て		

2. ほかの医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

3. 今回の症状はいつからですか？症状を選んで○をおつけください。

いつから？ 年 月 日 時ごろ / ( 日前) ( か月前) ( 年前)

① 頭を打った、けがをした	⑥ 手足に力が入らない、しびれる、ふるえる	<small>具合の悪い部分に印をつけてください</small> 
② 頭が痛い、重い感じがする	⑦ 顔が動かない、ぴくつく	
③ めまいがする	⑧ 物が二重に見える、視野が狭くなった	
④ 意識を失った	⑨ 吐き気がした、嘔吐があった	
⑤ ろれつが回らない	⑩ その他( )	

4. 現在、ほかの医療機関に通院されていますか？ はい ・ いいえ

(病院名 )  
(診療科 )

5. 今までにかかった病気はありますか？ はい ・ いいえ

喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患  
脳梗塞 脳出血 消化性潰瘍 緑内障

6. 今までに病気やけがで手術をされたことはありますか？ はい ・ いいえ

( 歳ごろ・部位 )

7. 現在、薬を服用していますか？ はい ・ いいえ

(お薬手帳をお持ちの方はお出してください) (薬名 )

8. 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？ はい ・ いいえ

(薬名 )  
(食べ物 )

9. 両親・兄弟・祖父母の方に右の病歴の方はいますか？ はい ・ いいえ

動脈硬化 くも膜下出血 脳梗塞 脳出血

10. 嗜好品についてお答えください。

○お酒 (1日 ml)  
○たばこ(1日 本)

11. 一日にどのくらい水分を摂取していますか？ ( ml)

12. 体内に人工物が入っていますか？(検査のためにお聞きしています)

はい ・ いいえ

心臓カテーテル スtent 人工弁 人工内耳  
置き鍼 透析用シャット インプラント  
その他骨折等による金属(部位 )

13. MRIなど狭い空間は苦手ではないですか？ はい ・ いいえ

14. 現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性の患者様のみ) はい ・ いいえ

妊娠中 授乳中

15. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

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、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 加算2→2点(マイナ保険証を利用した場合)