

# 問診票（消化器外科・外科）

フリガナ  
氏名

年齢

歳(男・女)

受診日

年

月

日

1	<p>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"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> <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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</p> </div>
2	<p>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>
3	<p>本日はどうされましたか？それはいつ頃からですか？</p> <p>_____年    月    日頃から</p> <p style="text-align: right;">本日の体温 _____℃</p>
4	<p>ケガをされた方は以下をご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 部位 ( _____ )</li> <li>● ケガの原因 ( _____ 月    日頃 _____ )</li> </ul>
5	<p>二次検診および検査予約を希望ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい    →    <input type="checkbox"/>胃カメラ    <input type="checkbox"/>大腸カメラ    <input type="checkbox"/>血液検査</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>超音波検査    <input type="checkbox"/>CT検査</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
6	<p>現在治療中、または今までかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>胃腸の病気    <input type="checkbox"/>高血圧    <input type="checkbox"/>心臓病    <input type="checkbox"/>糖尿病    <input type="checkbox"/>脳血管障害</p> <p><input type="checkbox"/>腎臓病    <input type="checkbox"/>肝臓病    <input type="checkbox"/>喘息    <input type="checkbox"/>脂質異常</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
7	<p>手術をされたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい ( _____ 年    月    _____ の手術： _____ 病院)</p>
8	<p>現在服用している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい ( _____ )</p>
9	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい    薬 ( _____ )    食べ物 ( _____ )</p>
10	<p>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    時期 ( _____ )    指摘事項 ( _____ )</p>
11	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい (施設名： _____ )</p>
12	<p>女性の方のみお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在妊娠中ですか？    <input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい ( _____ ) 週</li> <li>● 現在授乳中ですか？    <input type="checkbox"/>いいえ    <input type="checkbox"/>はい</li> </ul>