

# 外来予診表

お手数ですが下の予診票にご記入下さい

年 月 日

ふりかな	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 ( ) 歳
お名前	性別 (男・女)      ご職業
	電話番号 ( )      —
	携帯番号 ( )      —
	緊急連絡先 ( )      —
ご住所	
本日は、下記のいずれをご持参されましたか？ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの保険証 (以下、マイナ保険証)	
マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。 あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか？ <input type="checkbox"/> 同意していない <input type="checkbox"/> 同意した	
●直近1年間で健診 (特定健診や高齢者健診など) を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (健診名: ) (いつ頃: 年 月 ごろ)	
嗜好品: たばこ (吸う・本/日 吸わない【    】年前まで吸っていた) お酒 (飲む・ビール 酒 焼酎 1日 合・ml 飲まない) ※今日は飲んだり食べたり した ( 時頃・していない    身長    cm    体重    kg	

1. 今日はいつからどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に○をつけて下さい。

いつ頃…( 日・週間) 前より ( 年 月 日) 頃より
* 頭痛    * 吐気    * 嘔吐    * めまい    * 胸の痛み    * 動悸    * 息苦しい    * 脈がおかしい * 身じばり    * 残尿感    * 血尿    * 尿の回数が多い    * 尿の出が悪い    * 腹痛    * 下痢 * 便秘    * 吐血・下血    * 食欲がない    * 熱    * 咳    * 痰    * 喉の痛み    * 鼻水・鼻づまり * 検査の結果で精密検査のため    * 検査の希望で    他 ( )
※その他何かありましたら記入して下さい
●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

2. 現在、治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 病名 ( )

内服している薬名 ( )

( いつ頃に貰いましたか )

3. 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？ (はい・いいえ)

また手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 病名 ( ) ( ) 歳のとき ( ) 日間位入院

4. 今までに食品・注射や薬で気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 食品名 ( ) 薬品名 ( ) わからない

5. 女性の方へ

現在妊娠中？    している・していない・わからない

月経は？    順・不順・月経中・閉経

6. 今日ほどなたと来院されましたか？ 本人のみ    家族 ( )    その他 ( )

※ ありがとうございます。ご不明な点、わからない点がありましたら問診を行う看護師へ相談ください

当院 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します。

◆医療情報・システム基盤整備補助金加算 (初診時) 加算1: 6点、加算2: 2点 (マイナ保険証利用した場合)

看護師サイン

書式41: 20230401