

問 診 表



記入日： 年 月 日 ID: _____

フリガナ		性 別
氏 名		男・女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
住 所	〒	
電話番号	()	
緊急連絡先 (自宅以外の連絡先)	氏名 () 続柄 () 電話番号 ()	
同居家族 (当てはまる項目 全てに○をつける)	一人暮らし 配偶者 子供 (人) 父 母 祖父 祖母 孫 (人) その他 ()	

1、今日はどうされましたか？ あてはまる症状すべてに○をつけてください

いつからですか？ () 頃から

- ・熱 () 度 *熱のある方は受付に申し出てください
- ・咳 ・痰 ・鼻水 ・のど痛 ・頭痛
- ・嘔気 ・嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・腹痛 ・胃痛 ・食欲不振
- ・ケガ ・転倒 ・腰痛 ・打ち身 ・頻尿 ・残尿感 ・排尿時痛
- ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・不安 ・不眠
- ・その他 ()

2、定期通院している医療機関はありますか？

なし あり (医院・病院)

3、現在治療中の病気はありますか？ 当てはまる病名に○をつけてください

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病

脳卒中 その他 ()

4、現在飲んでいる薬はありますか？ なし あり

*内容が分かるものがあれば看護師にお伝えください

5、薬、食品、その他のアレルギーはありますか？

なし あり ()

6、その他（女性の方）

妊娠の可能性はありますか？ なし あり

現在授乳中ですか？ いいえ はい ()

★裏面もありますのでご記入お願いします⇒裏面

A、これまでにかった主な病気に○をつけてください

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳卒中 肝臓病 腎臓病
胃腸病(胃潰瘍) 喘息 痔 結核 その他()

B、血縁関係の方で下記の病気にかかった方がおられましたら○をつけてください

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳卒中 ガン(部位)

C、日常生活についてお聞かせください

現在の職種 ()
労働時間 週()日 定時勤務 交代勤務

D、お酒 飲まない

飲む 1日(ビール 日本酒 焼酎 その他)を()ml

たばこ 吸わない 止めた()年前

吸う 1日()本 ()年間吸っている

E、介護保険を受けておられる方にお聞きします

介護度: 要支援 1 2 I II III IV V

ケアマネジャー: 事業所() 氏名()

*利用しているサービスがあれば○をつけてください

訪問看護 ヘルパー デイサービス 訪問入浴

F、医療生協の組合員ですか?

はい(本人が組合員 家族が組合員) ・ いいえ

お名前 _____

G、こうせい駅前診療所を何で知られましたか?

医療生協の機関紙 保険だよりなどの広報
知り合いから聞いて 通りすがり その他()

* ご記入いただいた内容や保険証の写しについても「個人情報保護法」にもとづき、当院で定めた
利用目的以外は利用いたしません。 医療生協 こうせい駅前診療所