

そうしん堂レディスメンタルクリニック 問診票

下記事項は、診療目的以外に使用することはございません。ご記入の程宜しくお願い致します

ふりがな

お名前：_____ 生年月日：T/S/H ____年__月__日__歳

記入者：_____ (続柄：_____)

ご住所：〒_____

TEL：_____ 携帯番号：_____

※必要時に当クリニックからお電話しても宜しいでしょうか？ ・いいえ ・はい (自宅 / 携帯)

◆ どのようなことでお困りですか？ ※具体的にご記入お願いいたします。

◆ 上記の症状はいつ頃からでしょうか？ _____ くらいから (例：「先月から」「今年の春頃から」など)

◆ 以前にも同じような症状はありましたか？ ・いいえ ・はい (_____ 回目)

◆ 現在、他の病院やクリニックで治療を受けていますか？

・いいえ ・はい (疾患名：_____ 病院名：_____)

◆ 紹介状はお持ちですか？ ・いいえ ・はい

◆ 現在、お薬を飲んでいますか？ ・いいえ ・はい (薬剤名：_____)

◆ これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

・いいえ ・はい (糖尿病 / 緑内障 / 高血圧 / 心疾患 / その他：_____)

◆ これまでに手術を受けたことがありますか？

・いいえ ・はい (いつ頃：_____ どのような手術：_____)

◆ 薬・食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・いいえ ・はい (具体的に：_____)

◆ 現在、妊娠していますか？ ・いいえ ・分からない ・はい (_____ 週目)

◆ この1年間で健康診断を受診しましたか？ ・いいえ ・はい (いつ頃：_____ 指摘事項：_____)

◆ タバコを吸いますか？ ・いいえ ・はい (1日に_____ 本くらい)

◆ アルコールを飲みますか？ ・いいえ ・はい (酒 / ビール / 焼酎 / ワイン を1日に_____ くらい)

◆ 趣味や楽しみは何かおありでしょうか？ _____

◆ 当クリニックを何でお知りになりましたか？

(インターネット / 雑誌等の広告 / ご紹介 _____ / その他 _____)

◆ マイナンバー保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ ・同意しない ・同意する

◆ その他、何かご要望などがございましたらご記入ください。

マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします

当院では、質の高い医療の提供に努めるため、マイナンバー保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得・活用いたします。