

問 診 票

初診の方は尿検査をお願いしています。

トイレに行きたくなった場合は受付に申し出てください。

血圧測定器で血圧の測定をお願い致します。結果に紙を問診票と一緒にお願いします。

フリガナ 明・大 男
氏名 昭・平・令 年 月 日 (歳) 女

住所 〒

電話番号：

携帯番号：

1. 本日はどうなさいましたか。 それは、いつ頃からですか。

[]

2. 現在ほかの病気で治療を受けていますか。 (はい ・ いいえ)

・処方薬 (なし ・ あり)

・病院名・病名を記載してください。

[]

3. 今までに手術を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方はその時の年齢と内容を教えてください。

[]

4. 嗜好品について

・タバコ (ない ・ ある → 1日 _____ 本 _____ 歳の頃から)

・飲酒 (ない ・ ある → 毎日 _____ ml ・ 週 _____ 回 ・ 付き合い程度)

5. 最近海外へ行ったことがありますか (家族・親族を含む) (ある ・ ない)

どこへ () いつ頃 ()

6. お薬や食物アレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方は、どの薬・食物でアレルギーが出ましたか。

[]

7. 女性の方 現在妊娠、もしくは授乳していますか。 (はい ・ いいえ ・ わからない)

当院は診療情報の取得・活用することにより、質の高い医療に努めています。

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致します。

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)

アンケート

アンケートのご記入をお願いします

本院をどのように知りましたか。(複数回答可)

- 家族の紹介
- 友人・知人の紹介
- 職場の同僚からの紹介
- 他医療機関からの紹介
- 本院のホームページ
- 聖隷富士病院で内田が外来主治医
- クリニックの前を通過して知った
- 静岡新聞の広告
- バスの広告
- 富士ニュースの広告
- 新聞の折り込むチラシ
- 道路脇の看板
- 富士市立中央病院の広告
- その他：()