

熊沢医院

問診票（成人用）

お名前	身長	cm	体重	kg
現在の症状（診てもらいたいことは何ですか？）				

該当する欄にチェックをつけて、必要な事柄を記入してください。

①大きな病気（手術・入院など）をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	↓ “ある” にチェックを入れた方 ↓ 病名・時期
②食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	③便通はありますか？ 日 回
④夜は眠れますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑤睡眠時間は？ 約 時間
⑥タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	↓ “はい” にチェックを入れた方 ↓ 1日に約 本
⑦お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	↓ “はい” にチェックを入れた方 ↓ 頻度・種類・量
⑧薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	↓ “ある” にチェックを入れた方 ↓ 具体的に
⑨採血や注射で気分が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	↓ “ある” にチェックを入れた方 ↓ 具体的に
⑩月経は順調ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑪妊娠の可能性は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その他何かあればお書きください。	

こちらの質問にもお答えください。

ジェネリック医薬品を希望しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
領収書とは別に医療明細書の発行を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
当院はオンライン資格確認を行う体制を有しています。 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ