



## オンライン診療 問診票

ご記入日 年 月 日

保険証の番号をご記入下さい。

保険者番号 \_\_\_\_\_

記号 \_\_\_\_\_ 70歳以上の方→負担割合 \_\_\_\_\_ 割

番号 \_\_\_\_\_

※保険証をスマートフォンにて撮影後 [staff@hatori.or.jp](mailto:staff@hatori.or.jp) へ添付し送信してください。

(ID : \_\_\_\_\_)

※お久しぶりの方は **ご住所**・**電話番号** 変更ありましたらご記入下さい。

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)
お名前		女	住所	〒 _____				
			電話番号	_____	_____	携帯	_____	_____
1. 今日はどうなさいましたか？			身長	_____	cm	体重	_____	kg
※あてはまる症状に○をつけて下さい。						20歳時体重	_____	kg

症状はいつからですか？( \_\_\_\_\_ 日前から)

【 職業 : \_\_\_\_\_ 】

発熱 (体温 \_\_\_\_\_ °C)

喉が痛い・咳が出る・たんが出る・鼻水が出る・頭痛・関節痛・腹痛・下痢・嘔吐・吐き気  
めまい・胸痛・動悸・息切れ・健診で異常を指摘

詳しい症状 又は その他 ございましたら、ご記入下さい。

2. 現在、かかっている病院やお薬はありますか？  はい  いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

通院先の病院名 \_\_\_\_\_ 病 名 \_\_\_\_\_ 通院先の病院名 \_\_\_\_\_ 病 名 \_\_\_\_\_

※お薬手帳・薬剤情報提供書などお持ちの方はスマートフォンで撮影後 [staff@hatori.or.jp](mailto:staff@hatori.or.jp) へ添付し送信してください。

3. 今までに病気やけがで、通院・入院・手術したことはありますか？  はい  いいえ

「はい」の方は通院先の病院名と病名をご記入してください。(例: 40歳 ○○病院 糖尿病 など)

年齢 _____ 歳	病院名 _____	病 名 _____	年齢 _____ 歳	病院名 _____	病 名 _____
_____ 歳	_____	_____	_____ 歳	_____	_____

その際に、輸血を受けたことはありますか？  はい  いいえ

4. 血縁者の方でがん・高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・結核の方はいますか？  はい  いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

・どなたが？ ( ) 病名 \_\_\_\_\_ ・どなたが？ ( ) 病名 \_\_\_\_\_ ・どなたが？ ( ) 病名 \_\_\_\_\_

5. お薬や食品などのアレルギーはありますか？  はい  いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ → 薬(注射) < \_\_\_\_\_ > / 食べ物 < \_\_\_\_\_ >

6. 嗜好品についておききます。

○アルコールは飲みますか？  飲まない

飲む (週に \_\_\_\_\_ 回位) (1回量: ビール \_\_\_\_\_ 本位 / 他お酒 \_\_\_\_\_)

○たばこは吸いますか？  吸わない  以前吸っていた

吸う ( 1日約:  10本以下  20本以上 )

8. 女性の方におききます。

現在 (妊娠中・授乳中) ですか？ (  はい・妊娠の可能性ある・いいえ )