

内科問診票

年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女

〒 _____ TEL (_____)
住所 _____

血圧 _____ / _____ mmHg 体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

- ◆ 今日は、どのような症状で来院されましたか？
①症状は？ 痛い【どの部分が（ _____ ）】 発熱・だるい・吐気・下痢・めまい・咳・痰・鼻水・その他〔 _____ 〕
②その症状はいつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 時頃から
- ◆ 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？ いいえ・はい
高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 肺炎 脳卒中 がん
精神疾患 胃腸の病気 その他（ _____ ）
- ◆ 手術を受けたことはありますか？ いいえ・はい（何歳ころ、何の病気で _____ ）
- ◆ 現在内服されている薬はありますか？ いいえ・はい（お薬手帳を拝見させていただきます）
薬剤名〔 _____ 〕
- ◆ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ いいえ・はい（ _____ ）
- ◆ たばこを吸いますか？ 吸ったことが無い 吸っている 過去に吸っていた
（ _____ 才から _____ 才まで 1日 本）
- ◆ お酒を飲みますか？ 飲まない 飲む・過去に飲んでいた
（何を _____ 1回量 _____ ml 毎日・週2～3回・月に数回）
- ◆ 女性の方へ→ 現在妊娠されていますか？または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい
- ◆ ご家族《血縁》に下記の病気の方はいますか？ いいえ はい《 》に関係を記入してください
がん《 》, 糖尿病《 》, 高血圧《 》, 脂質異常症《 》, 遺伝性疾患《 》
- ◆ コロナワクチンの接種歴はありますか？ 1回目（ _____ 年）2回目（ _____ 年）3回目（ _____ 年）
- ◆ 当院に来られたきっかけは何ですか？
ネット検索 看板広告 近所に住んでいる 知り合いから 家族から
他院から（ _____ ） その他（ _____ ）
- ◆ マイナンバーカード（マイナ保険証）による診療情報取得について 同意する 同意しない

当院では、オンライン資格確認を実施しております。
診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
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。