

内科問診票

令和 年 月 日

体温	℃	血圧	/	脈拍/SpO2	
----	---	----	---	---------	--

ふりがな 患者氏名				携帯番号	
				自宅番号	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生	ご本人以外の連絡先氏名
性別	男・女	年齢	歳	携帯番号	
住所	〒				

本日はどちらで受付されましたか？ 資格確認証（保険証） ・ マイナンバーカード	マイナンバーカードで受付された方にお尋ねします 診療情報（服薬歴、健診歴）の提供に同意されましたか？ 同意した 同意していない
--	---

本日は他医療機関より紹介状をお持ちですか？ いいえ ・ はい 医療機関名（ ）
--

■今日はどうなさいましたか？（いつから、どのような症状が具体的に記入してください）

食欲	あり ・ なんとか食べれる ・ なし	水分	とれる ・ 少しは摂れる ・ とれない
----	--------------------	----	---------------------

■現在治療中の病気・ケガがありますか？

なし	あり	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> その他 受診機関名（ ）
----	----	---	--

■現在飲まれているお薬はありますか？

なし	あり	薬剤名を記入するかお薬手帳を提出してください。マイナンバーカードで同意していただいた方はその旨受付でお申し付けください
----	----	---

■今までに大きな病気・ケガをされましたか？

なし	あり	いつ頃、どんな病気・ケガでしたか？			
		①	②	③	④
		医療機関名	医療機関名	医療機関名	医療機関名

■アレルギーについて記入してください

なし	食物アレルギー	薬剤アレルギー	その他のアレルギー
	(原因食物：)	(原因薬剤：)	(原因：)

■生活習慣について記入してください

1年以内に健康診断を受けていますか？	はい	いいえ
定期的に歯科受診をしていますか？	はい	いいえ
喫煙	していない ・ 以前していた ・ 今もしている	1日()本を()年間
飲酒	飲まない ・ 以前飲んでいて ・ 今も飲んでいる	1日量()を週()日

■職業についてご記入ください

現在の職業を教えてください

■女性の方のみご記入ください。

妊娠はしていますか？	していない ・ している ・ している可能性がある
授乳はしていますか？	していない ・ している

*当院では個人情報患者様への医療サービスの提供を目的として利用させていただいております。なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには、万全の体制で取り組んでおります。

*当院は診療情報を取得・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ご利用にご協力ください。