

内科問診票

令和 年 月 日

ID 氏名 年齢 歳
体温 度 身長 cm 体重 kg

- ◇マイナ保険証はお持ちですか? はい・いいえ
- ◇診療情報取得に同意しますか? はい・いいえ
- ◇紹介状はお持ちですか? はい・いいえ
- ◇この1年間で特定健診等を受けましたか? はい・いいえ

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします

◆本日のくすりはどちらで受け取りたいですか 院内・院外

◆本日診察してほしい症状を○で囲んでください

熱 のどの痛み 鼻水 鼻づまり せき たん 息苦しい ゼーゼー・ヒューヒュー
頭痛 めまい(フワフワ・ぐるぐる回る) 耳鳴り 吐き気 吐いた
胸の痛み(右・左・真ん中) どうき 息切れ 血圧が高い
胃の痛み 腹痛(部位:) 下痢(回) 便秘 お腹がはる
健診結果で異常あり
その他()

- 食事はとれていますか? いつもどおり いつもより少ない 食べれない
- 水分はとれていますか? とれる 少し とれない

◆症状はいつからありますか

()

◆上記のことで他の病院に行きましたか

行っていない 行った → いつ() 結果()

◆現在通院中の病院はありますか ない ある(病院名:)

のんでいる薬はありますか ない ある(薬品名:)

サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか

ない ある(内容:)

◆今までに大きな病気や入院・手術・輸血をしたことがありますか

ない ある(病名・発病時期を記入)

()

◆くすりや食べ物のアレルギーはありますか

ない ある

薬剤名と症状()

食品名と症状()

◆飲酒について

飲まない 飲む(何歳から: なにを: どのくらい:)

◆タバコについて

吸わない やめた(いつ:) 吸う(何歳から: 1日何本:)

◆診断書の希望 なし あり(提出先:)

★女性のみ

妊娠の可能性はありますか ない ある(最終月経: 月 日~ 月 日)(妊娠 ヶ月)

授乳中ですか いいえ はい