

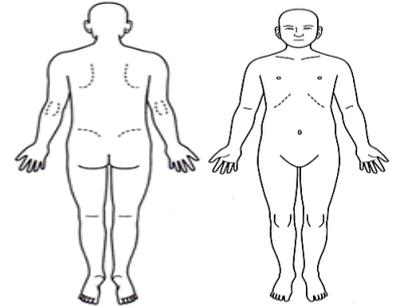
内科・総合診療 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな				年 齢	性 別	職 業
氏 名				才	男 ・ 女	
身 長	cm	体 重	kg	体 温	℃	

下記の事項に記入、またはあてはまるものを○で囲んでください。

① いつから、どのような症状ですか(具体的に記入してください)



② 食欲はありますか (はい ・ いいえ)

③ 睡眠はとれていますか (普通 ・ 眠れない)

便通は (日 回) 排尿は (1日 約 回)

④ 今までに次の病気にかかったことがありますか

いいえ ・ はい 高血圧 糖尿病 心臓病() 肝臓病 腎臓病
 虫垂炎 脳梗塞 ()が 肺疾患 ぜんそく
 その他の疾患 (病名)

⑤ 現在は他の病院にかかっていますか いいえ ・ はい (病院名)

現在お薬を飲んでいますか いいえ ・ はい (薬名)

***薬名を記入いただくか、お薬手帳をお出しください**

⑥ ご家族に病気の方はいますか いいえ ・ はい (誰が) (病名)

⑦ アレルギーを起こしたことがありますか いいえ ・ はい ※「はい」と答えた方は内容を記入してください

食物() ・ 薬品() ・ その他()

⑧ お酒 飲まない ・ 飲む 種類() 量(ml)/日

たばこ 吸わない ・ 吸う()本/日 禁煙後()年

⑨ 1ヵ月以内に海外に行かれましたか いいえ ・ はい (本人 ・ 家族)

国名()

⑩ この1年間で健診を受診しましたか いいえ ・ はい 指摘事項()

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか いいえ ・ はい

⑫ 女性の方にお聞きします

前回の生理の期間は(年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 閉経(才頃)

現在、妊娠中ですか はい()週目 ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中である

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記入いただきました情報は、診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません