

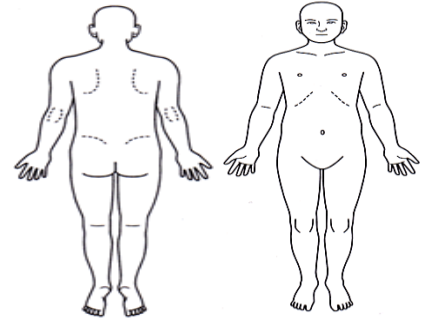
内科・総合診療 問診票

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 どのような症状で受診されますか



② それはいつ頃からですか

③ 食欲はありますか (はい ・ いいえ)

④ 睡眠はとれていますか (普通 ・ 眠れない)

便通は (1日 回) (日 回) 排尿は (1日 回)

⑤ 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 ()がん 肺疾患 ぜんそく

その他の疾患 (病名)

⑥ 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)

*お薬手帳をお出してください

⑦ ご家族に病気の方はいますか いいえ ・ はい (誰が)(病名)

⑧ アレルギーを起こしたことがありますか いいえ ・ はい (食物 ・ 薬品 ・ その他)

⑨ お酒 飲まない ・ 飲む 種類()量(ml)/日

たばこ 吸わない 禁煙後 年 吸う 本/日

⑩ 1ヵ月以内に海外に行かれたか いいえ ・ はい (本人 ・ 家族)
どちらに ()

⑪ 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()

⑫ 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

⑬ 女性の方にお聞きます

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

阪南市民病院 内科・総合診療