

内科問診票

NO. _____ 記入日 年 月 日

ふりがな お名前		性別 男・女	生年月日 S・H・R 年 月 日 () 歳	体温 ℃
ご住所	〒 _____			
携帯番号	自宅電話番号 _____			

- どのような症状ですか？以下の当てはまる症状にチェックをつけてください。
またその症状はいつ頃からですか？（ 年 月 日頃から）
発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み 頭痛
腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲がない 腰痛 息苦しい
からだがだるい めまい ふらつく 血圧が高い その他（ _____ ）
- 現在治療中の病気はありますか？以下の当てはまるものにチェックをつけてください。
高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 痛風（尿酸値が高い）脳梗塞
不整脈 ぜんそく 甲状腺 緑内障 関節リウマチ その他（ _____ ）
- 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？
いつ頃（ _____ ）病名（ _____ ）
- 血縁者（両親、兄弟、祖父母）で大きな病気にかかった人はいらっしゃいますか？
（ _____ ）
- 現在の 身長 _____ cm 体重 _____ kg
最近体重の極端な変化はありましたか？
どれくらいの期間 _____ ヶ月間・年間で、何kgくらい _____ kgくらい増・減
- 現在飲んでいるお薬はありますか？
いいえ はい（ _____ ）
- 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
いいえ はい（ _____ ）
- 喫煙習慣はありますか？当てはまるものを選んで空欄をご記入ください。
いいえ はい 1日（ _____ ）本、（ _____ ）歳から
- アルコールは飲みますか？
いいえ はい
- 女性の方のみお答えください。当てはまるものを選んでください。
妊娠中 授乳中 閉経（ _____ 歳）

マイナ保険証による診療情報取得に同意します はい いいえ

*当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）です。