

内科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
勤務先			
来院時の体温(職員記入) ()℃		<input type="checkbox"/> 匿名を希望の方はチェックして下さい	

1) 今日はどうなさいましたか？ 該当する症状にチェックをお願いいたします。

(風邪症状がある方、もの忘れ、しびれ、頭痛の方は別の問診票があります。)

- めまい ふらつき 手足が震える 体が動かしにくい 力が入らない
眠くなってしまう 眠れない 意識が遠くなる 言葉がしゃべりにくい
動悸 胸の痛み むくみ 皮膚がかゆい 皮膚の色が変わる
食欲がない 腹痛 下痢 吐き気・嘔吐 血便
その他 ()

2) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 心疾患 不整脈
痛風 気管支喘息 リウマチ疾患 アトピー性皮膚炎
脳卒中(出血・梗塞 部位：) がん() その他()

3) 現在服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は提示してください)

- はい (お薬名) いいえ

4) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- はい (お薬名) いいえ

5) お酒やたばこは嗜みますか？

タバコ： 吸わない

吸う 1日 ()本 × ()年 過去に吸っていた ()本 ()年前まで

お酒： 飲まない 飲む 週 ()日 種類・量 ()

6) (女性の方のみ) 妊娠中ですか？

- いいえ 妊娠が否定できない 妊娠中 ()週 授乳中

7) (マイナ保険証を用いる場合)マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか？

- はい いいえ

ご協力ありがとうございました

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。