

内科問診票

ID: _____

令和____年____月____日

氏名 _____

年齢 _____

歳 _____

体温: _____ °C

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用する為マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 する ・ しない ・ 持っていない

1)どのような症状で来院されましたか？(一番困っていること)

2)その症状はいつ頃からですか？

①今日から ②昨日から ③1週間以内 ④1週間以上前(____ヶ月前)

3)その症状について他の医療機関に受診されましたか？

はい・いいえ

「はい」の方……病院・医院名 _____

診断名 _____

4)現在、別の医療機関で治療を受けていますか？

はい・中断・いいえ

「はい」「中断」の方……病院・医院名 _____

病名 _____

治療内容 _____

飲んでいる薬の名前 _____

5)過去に大きな病気のため入院や手術を受けたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の方……病名・その年月日 _____

治療内容など _____

6)今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

はい・いいえ

「はい」の方……分かれれば薬・食べ物の名前 _____

7)アルコールは飲みますか？酒()合・ビール()本 毎日・時々・飲まない

8)たばこを吸いますか？

吸う・時々吸う……1日に()本

吸わない・以前吸っていた……()歳頃やめた

9)3ヵ月以内に国内又は海外への旅行歴・渡航歴はありますか？ はい・いいえ

国名(都市まで記入) _____

旅行(渡航)期間 _____

10)女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？また妊娠の可能性はありますか？はい(妊娠 ____ヵ月)・いいえ

授乳中ですか？はい・いいえ(はいの場合:お子さんは何ヶ月ですか？ ____ヵ月)

11)診察を受けるうえで、特に心配な事やご希望がありましたらお聞かせください。