問診票(内科)

ふりがな		性別	生年月日		
名前	様	女・男	大正・昭和 平成・令和	年　月　日	
住所	〒			電話	

問診	ご記入欄☑	
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	□熱がある(　　℃)　□咳　□鼻水　□のどの痛み　□頭痛　□胸の痛み □動悸　□息切れ　□不整脈　□むくみ　□全身倦怠感　□食欲不振　□体重減少 □めまい　□お腹が痛い　□吐き気・嘔吐　□下痢　□便秘　□寒気 □健診で異常を指摘　□他院で内科受診を勧められて □その他(　　)	
症状はいつからですか？	□今日はじめて　□(　　)日前から　□時々　□ずっと前から	
通院中や以前かかった病気はありますか？	□なし	通院中の病気 □高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□脳卒中　□狭心症・心筋梗塞　□不整脈 □痛風　□肝臓の病気　□腎臓の病気　□喘息　□胃・十二指腸潰瘍 □緑内障　□前立腺肥大症　□がん(　　) その他(　　) 以前かかった病気（今は通院していない） □高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□脳卒中　□狭心症・心筋梗塞　□不整脈 □痛風　□肝臓の病気　□腎臓の病気　□喘息　□胃・十二指腸潰瘍 □緑内障　□前立腺肥大症　□がん(　　) その他(　　)
内服中の薬はありますか？	□なし	薬(　　) お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください
入院・手術をしたことはありますか？	□なし	病名(　　) 年齢(　　歳) 病名(　　) 年齢(　　歳)
アレルギーはありますか？	□なし	□喘息　□鼻炎　□花粉症　□アルコール　□ラテックス □食べ物(　　) □薬(　　) □その他(　　)
煙草を吸いますか？	□なし	□吸う　　本/日　　年間　　□吸っていた　　本/日　　年間
お酒は飲みますか？	□なし	□飲む　何を？(　　) どのくらい？ 週に(　　)日
家族・親族に次のような病気はありますか？	□なし	高血圧(　　) 高脂血症(　　) 糖尿病(　　) 心臓病(　　) 肝臓病(　　) がん(　　)
女性の方へ 妊娠していますか？	□いいえ　□妊娠中　　週　□不妊治療中 □授乳中(□完全母乳　□混合栄養　□ミルクのみ)	

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。
ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。