

内科初診問診票

記入日： 西暦 年 月 日

フリガナ				ID
氏 名		男	生年月日	年 月 日 (才)
		女	電話番号	
身長：	cm	体重：	Kg	体温： °C 利き腕： 右 ・ 左

～下記の質問事項にお答え下さい～

- ① ◇あなたは、どこがどのように具合が悪くて来院されましたか？
 ()
 ◇その症状はいつ頃から始まりましたか？
 ()
 ◇そのために、今までにどこかで診察を受けましたか？
 ・受けていない
 ・受けた
 (年 月 ・病院名： ・診断名：)
 (治療内容：)
- ② あなたは、今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？
 ・ない
 ・ある ()
- ③ 今までに食品・薬などで発疹やアレルギー症状を起こしたことはありますか？
 ・ない
 ・ある (食品名： 薬品名：)

- ④ 日常生活について
- ◇食欲は ない ・ 普通 ・ 旺盛
- ◇食事時間は 不規則 ・ 規則正しい
- ◇睡眠は 眠れない ・ 眠りすぎ ・ 普通 〈起床_____時・就寝_____時〉
- ◇便通は _____日 _____回位
- ◇排尿は 午前_____回位 ・ 午後_____回位 ・ 夜間_____回位
- ◇お酒は 飲まない ・ 飲む 〈 時々 ・ 毎日_____合位〉
- ◇タバコは 吸わない ・ 以前は吸っていた 〈_____年位まで、1日_____本位〉
 吸う 〈1日 _____本位、_____年間〉
- ◇服薬は なし ・ あり
- ◇お薬手帳 なし ・ あり

★☆☆女性の方へ★☆☆

- ☆月経は 順調 ・ 不順 ・ 無月経 ・ 閉経
- ☆妊娠中ですか？ いいえ ・ 不明 ・ はい 〈_____ヶ月〉

オンライン資格認証について

- ・マイナ保険証による診療情報に同意しますか はい ・ いいえ
- ・この1年間で健康診断を受診しましたか はい ・ いいえ

※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致します。