

内科初診問診票

記入日： 西暦 年 月 日

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

～下記の質問事項にお答え下さい～

- 本日はどうなさいましたか。当てはまるものにチェックをつけてください。

☐ 痛い (☐ 頭 ☐ のど ☐ 胸 ☐ おなか ☐ 胃 ☐ 背中 ☐ その他 ())

☐ 熱 ☐ 鼻水・鼻づまり ☐ 咳・痰 ☐ 吐き気 ☐ 胸やけ ☐ 胃もたれ ☐ 動悸・息切れ

☐ 食欲低下 ☐ 便秘 ☐ 下痢 ☐ 血便 ☐ 血尿 ☐ 尿が近い ☐ むくみ ☐ 不眠

☐ めまい・ふらつき ☐ 血圧が気になる ☐ 健康診断の精査 ☐ その他 ()
- 症状はいつ頃からありますか。 ()
- 現在、治療を受けられている、または過去に受けたことのある病気がありますか。

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症 ☐ 気管支喘息 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ 骨粗鬆症

☐ 心筋梗塞 ☐ 狭心症 ☐ 不整脈 ☐ 肺炎 ☐ 結核 ☐ 甲状腺機能異常

☐ 自己免疫疾患・膠原病 () ☐ 腎炎・腎不全

☐ 感染症 (☐ 肝炎 ☐ HIV ☐ 梅毒) ☐ ペースメーカー (装着時期 年)

☐ 人工透析 ☐ その他 ()
- 現在、かかりつけの医療機関はありますか。

☐ なし ☐ あり (医療機関名称：)
- 現在、飲んでいるお薬はありますか。

お薬手帳をお持ちの方はコピーをお取りいたしますので薬名の記入は不要です。

☐ なし ☐ あり (薬名：)
- アレルギーはありますか。

☐ なし ☐ あり (食品・薬品名：)
- 喫煙、飲酒についてお答えください。

喫煙：☐ 吸わない ☐ 吸う (本/日 × 年間)

☐ 禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間))

飲酒：☐ 飲まない ☐ 飲む (週 日 ・ 量 ml/日)
- 過去に手術を受けられたことはありますか。

☐ なし ☐ あり (いつ頃： ・ 手術名：)
- ※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか。

☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中)

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。