

内科・外科問診票

ふりがな	記載日： 年 月 日
お名前： _____	性別： _____ 生年月日：(昭・平・令) 年 月 日 年齢： _____ 歳
携帯電話番号： _____	
〒 _____	
住所： _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____	
身長 (_____) cm 体重 (_____) kg 体温 (_____) °C	
※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おります。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願い致します。	
※他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
※この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

1. どのような理由で受診されましたか？

(いつ頃から、どのような症状があるのか出来るだけ具体的にお書きください)

2. 現在、他の医療機関に通院していますか？

はい (病名： _____ 病院名： _____ 直近の受診日： _____) いいえ

3. 過去に診断された病気はありますか？

はい (病名： _____) いいえ

4. 現在飲まれているお薬があれば、教えてください。 *お薬手帳をお持ちの方は診察時に提出してください。
かかりつけ医 (_____)

5. アレルギーや副作用について

①食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

ある (食べ物の名前： _____) ない

②薬で副作用が出たことがありますか。

ある (薬の名前： _____) ない

6. 喫煙について

吸っていない

過去に吸っていた (1日 _____ 本× _____ 年間 (_____ 歳から _____ 歳まで)

現在も吸っている (1日 _____ 本× _____ 年間 (_____ 歳から)

7. 飲酒について

ほぼ毎日飲酒 (種類： _____ 量： _____) たまに飲酒 お酒は飲まない

8. あなたもしくは近親者に2週間以内の渡航歴はありますか。

ある (_____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 国名： _____) ない

9. 女性のみお答えください。

① 月経は？ (順調 ・ 不順 ・ 閉経)

② 現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

10. ご希望や不安などございましたらご記入ください

以上です。ありがとうございました。