

※当院から連絡する際に必要となる大切な情報です。楷書で丁寧にご記入ください。

ご記入日
令和 年 月 日

内科 問診票



太枠内は必ず記入してください。太枠外は初めての方、変更のある方のみ記入してください。

フリガナ		生年月日	大 昭 平 令 西 暦	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前			年 月 日 (歳)	
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号：携帯 自宅 職場	
			— —	
			(ご本人以外の場合の続柄：)	
電話②	— —			

あてはまる方は、 にチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 家族、学校、職場などに 新型コロナウイルス / インフルエンザ の陽性者がいる
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス / インフルエンザ の検査キット等で陽性である (月 日に陽性)
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス / インフルエンザ 陽性の診断で自宅療養中である (月 日に陽性)

ご自宅での体温 °C	
身長: cm	体重: kg
血圧: / mmHg	脈拍: /分
いつから、どのような症状がありますか？	◆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？(□はい/□いいえ)
現在治療中の病気	病名: 通院先:
過去に治療を受けた病気や手術	病名・手術: 時期:
血のつながったご家族の病気について	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 1日あたり 本を 年間(歳~ 歳)
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: お酒の種類(), 一回量(), 週()日
妊娠・授乳中の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中()ヵ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中
健康診断	この1年間に健診(特定健診または高齢者検診に限る)を受けましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
マイナ保険証	マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない

お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 問診票とともに受付に提出をお願いします
	<input type="checkbox"/> なし ⇒ のんでいるお薬がありましたら、ご記入ください ()

マイナ保険証の利用について:
当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。正確な情報を取得するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。