

受診時、問診票は受付にご提出ください

(問診票) 内科

記入日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名		年 月 日 歳
住所 〒 -		
本人連絡先: - -	他連絡先: - -	(続柄:)

連絡先は2か所お願いしております

1) どのような症状がありますか?該当するものに○をつけて下さい。

かぜ症状 (発熱 °C せき たん 鼻水 喉の痛み) 胸痛 動悸 息切れ
胃痛 腹痛 嘔吐 下痢 食欲がない 頭痛 高血圧 めまい 貧血
睡眠時無呼吸外来 胃・大腸カメラ希望 健康診断再検査 (食前 ・ 食後)
その他 ()

2) 症状はいつからですか? 今日から ・ 昨日から ・ () 日前から

3) 今回の症状で他の病院等を受診しましたか?

いいえ ・ はい⇒ 紹介状 有・無 ⇒医療機関名: _____

4) 今までかかったことのある病気や治療中の病気があれば○をつけていつ頃に記入ください。

高血圧 (歳頃) 糖尿病 (歳頃) 高脂血症 (歳頃) 脳卒中 (歳頃)
心臓病 (歳頃) 胃潰瘍 (歳頃) 肝臓病 (歳頃) 腎臓病 (歳頃)
緑内障 (歳頃) 肺炎 (歳頃) ぜんそく (歳頃) がん (歳頃)
前立腺肥大症 (歳頃) その他 ()

5) 手術を受けたことが (ある・ない) / 輸血を受けたことが (ある・ない)

6) 現在常用している薬はありますか? (お薬手帳のある方は提出をお願いいたします。)

いいえ ・ はい⇒手帳がない場合は薬名を記入: _____

7) 薬や注射などで体に合わないものはありますか? (アレルギー体質)

ない ・ ある⇒薬の名前: _____

8) 女性の方へ 妊娠の有無: 有 ・ 無 ・ 可能性あり / 授乳の有無: 有 ・ 無

9) マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか? 同意する ・ 同意しない

◆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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。