

内科問診票

フリガナ	(T・S・H・R)	記入 年 月 日
ご氏名	性別 男 女	年 月 日生 (才)
ご住所	TEL (自宅)	TEL (携帯)
ご勤務先	TEL	

1 本日の来院の理由は？

- ・健診結果の相談にきました。 (新町クリニックで受けた ・ 他で受けた)
- ・その他のことで相談にきました。

2 ・どこの具合が悪いですか？

- 発熱・頭痛・めまい・腹痛・下痢・胸痛・その他 ()
- ・いつからですか？ ()

3 現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方 病名は何ですか？ ()

医療機関名 ()

お薬は服用していますか？ ()

*お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

4 これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ (入院や手術を要する病気等)

()

5 薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方、何のアレルギーですか？ ()

6 女性の方へ 最終月経日はいつですか？ 月 日から 月 日まで

現在の妊娠 (している ・ していない)

7 次の項目にご記入ください

① 身長 cm 体重 kg

② たばこ 吸う ・ 吸わない

③ アルコール 飲む・時々飲む・週に3~4回・毎日・飲まない

[ビール (本) ・ 焼酎割 (杯) ・ 清酒 (合) ・ その他]

④ 睡眠時間 平均6時間以上 ・ それ以下

⑤ 1日30分以上の歩行を週3日以上・それ以下 or 適度な運動をしている・していない

8 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (同意する・同意しない・マイナ保険証なし)

9 他院からの紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

10 この1年間で健診を受診しましたか？ (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いたします。