

# 内科問診票

フリガナ	( T・S・H・R )	記入	年	月	日
ご氏名			年	月	日生
					( 才 )
性別	男	・	女		
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 ・ その他 )

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。