内科問診票

受診日　：

氏名　：　　生年月日　：

性別　：　　年齢　：

1)調子が悪くなったのは、 いつ頃からですか？ 症状について詳しく ご記入下さい。	

2)どんな症状がありますか？　現在の体温　：　　℃

□ 頭が痛い　□ 嘔吐(もどす)　□ お腹が痛い　□ せきが出る　□ 吐き気　□ 血便　□ 喉が痛い

□ 吐血　□ 水様便　□ 痰が出る　□ めまい　□ 下痢　回数（　）回／日

□ 便秘　□ ふらつき　□ 血痰が出る　□ 体がだるい　□ 胸が苦しい　□ 血尿

□ 息苦しい　□ ｾﾞｰｾﾞｰという　□ 動悸(どきどきする)　□ その他　（　）

3)現在、他の医療機関に通院されていますか？　□ はい　□ いいえ

医療機関名（　）　受診科目（　）

医療機関名（　）　受診科目（　）

4) 現在服用しているお薬		□ なし

5)今までに大きな病気をしたことがありますか？

□ ない　□ ある（　）

6)薬や注射などで発疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？

□ ない　□ ある（　薬剤はわかりますか？　）

7) 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？　□ はい　□ いいえ

8)女性の方のみご記入下さい。

- 現在、妊娠していますか？　□ はい（　ヶ月）　□ いいえ
- 現在、授乳中ですか？　□ はい　□ いいえ
- 現在、生理中ですか？　□ はい　□ いいえ

9)その他、医師に知らせておきたい事がありましたらご記入下さい。

10)宗教上の理由により輸血を拒否されますか？

□ はい　□ いいえ

11)マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　□ はい　□ いいえ

〇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。

ID　：

問診入力者：