

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 : _____ °C <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 嘔吐(もどす) <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> せきが出る <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 下痢 回数()回/日 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 血痰が出る <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ゼーゼーという <input type="checkbox"/> 動悸(ときどきする) <input type="checkbox"/> その他()	
3) 現在、他の医療機関に通院されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし
5) 今までに大きな病気をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい(月) <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい(国名: 帰国日:) <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用時)	

ID : _____

問診入力者: _____