

# 内科問診票

氏名

身長  cm 体重  kg

該当する項目に☑印をつけ、記入欄にその内容をご記入ください。

**1) 本日の受診理由について**

具合が悪い  健診を受けたい  その他 (  )

**具合が悪い方へ**⇒いつから ( 年 月 日頃から) どのような症状がありますか。

咳  たん  鼻水  のどの痛み  熱  頭痛  腹痛  下痢  吐き気  体重減少

その他具体的症状

健康診断で受診が必要と判定された。(健康診断受診施設名  )

他院からの紹介。(紹介先施設名:  紹介状  有  無)

他の医療機関に定期的に通院していたが、今後は当院へ移りたい。

相談したいことがある。(内容:  )

**2) 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか。**

いいえ  はい⇒治療内容   投薬 (薬名  )  その他 (  )

**3) 調べてほしいこと、検査や治療の希望などありましたらご記入ください。**

**4) この1年間で健診(高齢者健診、特定健診に限る)を受診されたことはありますか。**

いいえ  はい(受診期間:  指摘事項:  )

**5) 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)**

いいえ  はい⇒治療内容 (  )

**6) 現在処方されている薬はありますか。**  いいえ  はい⇒(お薬の名称  )

**7) 薬や食事などに対するアレルギーはありますか。**

いいえ  はい⇒アレルギー源 (  )

**8) 血縁の方に次の病気の方はみえますか。**

	糖尿病	高血圧	心臓病	脳卒中	癌	肝臓病	腎臓病	その他
祖父母	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>						
父母	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>						
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>						

**9) 現在、妊娠中または授乳中ですか。(女性のみ)**  いいえ  はい

**10) 嗜好品についてお答え下さい。**

たばこを吸いますか?  いいえ  はい⇒ (  本/日 )

アルコールを飲みますか?  いいえ  はい (  ビール  ml  日本酒  合  焼酎  合 )

**11) 当院をお知りになったきっかけを下記より選択してください(複数回答可)**

道路看板  電柱看板  タウンページ  インターネット  知人紹介  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。