

# 内科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 男性 女性 年 月 日

生年月日 年 月 日 ( ) 歳 体重 ( ) kg 身長 ( ) cm

マイナ保険証のご利用のお願い

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

○ 本日の受診理由を教えてください (いつから、どんな症状があったかなど)

○ 他医療機関からの紹介状はありますか はい いいえ

○ 他医療機関に通院していますか はい ( ) いいえ

○ 現在内服のお薬はありますか はい ( ) いいえ

マイナ保険証登録で、情報取得に同意された方は記載を省略できます

ただし、直近一か月以内の処方箋は記載いただくか、お薬手帳をお見せください

○ 薬や食物のアレルギーはありますか はい いいえ

はいの場合具体的に記載ください

○ 次の嗜好品にお答えください

・酒類 (はい いいえ) 量は1日 杯 ・たばこ (はい いいえ) 量は1日 本

○ 今までにかかった (又はかかっている) 病気はありますか

高血圧 脳梗塞 脳出血 糖尿病 肝臓病 心臓病 腎臓病

胃潰瘍 十二指腸潰瘍 逆流性食道炎 貧血 結核 喘息

リウマチ 膠原病 その他手術も含めて

○ 当てはまるところに○をしてください

・食欲 (普通 不振) ・睡眠 (普通 不振) ・排尿 (普通 不振) ・排便 (普通 不振)

○ 女性の方のみ 生理 (順 不順) 最終月経 ( ) 歳

○ 受診のきっかけはなんでしたか 紹介 ホームページ 看板 その他