

## 内科問診票

|                   |   |     |    |         |
|-------------------|---|-----|----|---------|
| 氏名                |   | 年齢  | 才  |         |
| 体温                | ℃ | BP= | P= | SPO2= % |
| 最後に食事をした時間は何時ですか？ |   | 月   | 日  | 時       |

**■本日はどうなさいましたか？**

- |                              |                                         |                                       |                                              |                               |                                |
|------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱  | <input type="checkbox"/> 喉の痛み           | <input type="checkbox"/> 咳・痰          | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻つまり             | <input type="checkbox"/> 関節痛  | <input type="checkbox"/> 倦怠感   |
| <input type="checkbox"/> 頭痛  | <input type="checkbox"/> しびれ            | <input type="checkbox"/> 動悸           | <input type="checkbox"/> めまい                 | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 血圧が高い |
| <input type="checkbox"/> はき気 | <input type="checkbox"/> 嘔吐             | <input type="checkbox"/> 胃の症状（痛み・もたれ） |                                              | <input type="checkbox"/> 食欲不振 |                                |
| <input type="checkbox"/> 腹痛  | <input type="checkbox"/> 下痢（軟便・泥状便・水様便） |                                       | <input type="checkbox"/> 便秘（ 日間便がでていない・便が硬い） |                               |                                |
| <input type="checkbox"/> 血便  | <input type="checkbox"/> 血尿             |                                       |                                              |                               |                                |

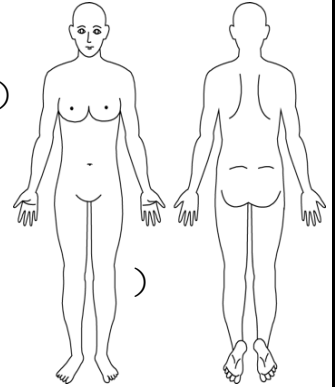
健康診断で指摘（項目： \_\_\_\_\_ /自覚症状：なし あり）

希望診療科がある（膠原病・リウマチ科 糖尿病科 消化器科 循環器科）

紹介（病院名： \_\_\_\_\_ ）

検査をしてほしい：血液・レントゲン・CT・MRI・その他（ \_\_\_\_\_ ）

その他（ \_\_\_\_\_ ）



症状のある所に○をつけてください

**■気になる症状はいつ頃からありますか？**

月 日（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜中 ）から

**■現在、治療中の病気はありますか？** なし あり

高血圧・脂質異常・糖尿病・心臓の病気・甲状腺の病気・前立腺肥大・肺結核・喘息・白内障・緑内障  
その他：

**■過去に大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか？** なし あり

- |              |              |
|--------------|--------------|
| ① 才：病名 _____ | ② 才：病名 _____ |
| ③ 才：病名 _____ | ④ 才：病名 _____ |

**■現在、飲んでいるお薬はありますか？** なし あり

本日、お薬手帳をお持ちでない方は飲んでいる薬の名前をご記入ください

**■お薬や食べ物でアレルギーはありますか？** なし あり

薬：  
食べ物など：

**■喫煙・飲酒についてお伺いします**

喫煙 吸わない 吸う（ 本/日） 禁煙した  
飲酒 飲まない 飲む（週 日 ml程度）

**■女性の方にお伺いします**

妊娠中（妊娠 才月）妊娠していない 妊娠の可能性がある 授乳中 閉経している  
（閉経前の方）前回の生理はいつでしたか？（ 月 日 日間）

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。

◆医療情報取得加算(初診・再診時) 1点(マイナ保険証を利用した場合)(紙保険は初診3点・再診2点)

①紹介状はお持ちですか はい ・ いいえ

②総合受付にてマイナ保険証(※)等にて受付されましたか はい ・ いいえ

※保険証と紐づけたマイナンバーカードにて保険確認

はい の場合 情報取得に同意されました(しました)か？

はい ・ いいえ

↓

診療上必要な場合に限り医師が過去の健診・服用・診療歴を閲覧する場合がございます。