

ID: _____

H P(内)

受診年月日: _____

内科 問診票 (高校生から)

ふりがな

生年月日

名前

(男・女) 大正・昭和・平成 年 月 日 生 歳

〒 _____

電話番号 ※連絡がつきやすい番号をご記入ください

住所 _____

固定・携帯

身長 _____ cm

体重 _____ kg

職業 _____

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

- これまでに当院を受診したことがありますか 1. ない 2. ある
- 本日、お薬手帳をお持ちですか 1. ない 2. ある
- マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか 1. いいえ 2. はい

※「いいえ」を選択された方にお聞きします

- ・ 現在処方されているお薬があれば薬品名、用量、投薬期間について書いてください

- ・ この1年間で健診を受けられた方は、受診時期や指摘事項について書いてください

- 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか 1. いいえ 2. はい
- どのような症状がありますか 一番つらい症状には 2重丸をつけてください

発熱 (°C)	頭痛	咳	鼻水	のどの痛み	喘鳴(ゼロゼロ)	息が苦しい
吐き気	嘔吐	腹痛(上腹部・下腹部)	下痢	便秘	胸痛	動悸
排尿時痛	めまい	倦怠感	しびれ	足のはれ	手足の痛み	
食欲不振	不眠	検診の異常	その他()			

- 最初の症状があらわれたのは、いつ頃ですか _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 現在、他の医療機関に通院はしていますか 1. していない 2. している

※「している」を選択された方にお聞きします わかる範囲で書いてください

いつ頃(年齢)	病名	医療機関	治療内容

- 今までにかかった病気または、現在治療中の病気を〇で囲んで下さい また、それはいつ頃(または年齢)ですか

1. 糖尿病()
2. 高血圧()
3. 哮息()
4. 心臓病()
5. 肝臓病()
6. 腎臓病()
7. 胃潰瘍()
8. その他()

裏面にもあります

- これまで入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか 1. ない 2. ある

※「ある」を選択された方にお聞きします わかる範囲で書いてください

いつ頃(年齢)	病名	医療機関	治療内容)
---------	----	------	------	---

- 今までに、薬・注射・食物などで、アレルギーが起きたことがありますか

1. ない
2. ある 内服薬・注射・造影剤、食べ物など()

- 成人のみ記入してください

- ・たばこ (吸わない ・ やめた _____ 年前 ・ 吸う _____ 本 / 日 _____ 歳から)
・飲酒 (しない ・ _____ 回/週 ・ ほぼ毎日) 種類 (_____) 1日の量(_____ 合 ・ ml)

- 周囲(家族内、職場など)で体調不良者はいますか

1. いいえ 2. はい

- コロナワクチンは接種していますか

1. いいえ 2. はい 最終接種 (年 月)

- 過去 14 日以内に県外(海外)への移動、または県外(海外)から来県されましたか

1. いいえ 2. はい…地域はどこですか()

- 女性の方のみ記入してください ・ 最終生理はいつですか (月 日 ~ 月 日)
・ 妊娠していますか。 (はい、 ケ月 ・ いいえ ・ わからない)
・ 授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

- 診療の過程で治療困難な病気と診断された場合、病気の告知を希望されますか

1. いいえ 2. はい