

〈内科問診票〉

受診日 年 月 日

ふりがな

名前

年齢

歳(男・女) 生年月日

T
S
H
R

年 月 日

(〒 -)

住所

職業
学校(学年)一人来院
同伴者有()

自宅電話

携帯電話

身長

cm・体重

kg

※この問診票は診療、治療以外の目的には使用しません。ご協力お願い致します。

●マイナンバーカードを利用し受付されましたか？ はい いいえ●はいの方にお聞きします。薬剤情報・特定検診情報の取得に同意されましたか？ はい 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。

T :	BP :	P :	R :	SP02 :
°C	/ mmHg	回(整・不整)		%

今日はどうなさいました？ 該当する症状にチェックをお願いします。

- 発熱 頭痛 のどの痛み 咳・痰 鼻水・鼻づまり 関節の痛み
 倦怠感 めまい ふらつき 動悸 息苦しい 腹痛 下痢
 嘔気・嘔吐 食欲がない 健診で指摘 いびき・日中の眠気
 その他 ()

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 痛風 喘息 脳疾患
 その他 ()

現在服用中のお薬はありますか？

- なし
 あり(薬名:)

*現在服用中のお薬手帳をお持ちの方はお出してください

手術をしたことはありますか？

- なし あり ()

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり(お薬名や食べ物名:)

お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む (日/週) 種類・量 ()

タバコを吸いますか？

- 吸わない 吸う (本/日) やめた () 年前

*女性の方にお聞きします。

 妊娠中ですか？ いいえ はい () 週目

 授乳中ですか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。