

# 問診票（内科）

受診年月日 20 年 月 日

フリガナ		男女	生年月日
お名前			明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
ご住所	〒 —		職業
電話番号	①自宅（ ） —		③自分以外の連絡先
	②携帯 — —		— — 続柄（ ）
介護保険	認定（有・無） 介護度（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） 無の方→介護申請を希望されますか？（はい・いいえ）		

## ○当院を知っていただいた理由は何ですか？

看板・紹介(お名前 様)・ホームページ・広報もりぐち・その他( )

## ○本日は他院からの紹介状はお持ちですか？（はい・いいえ）

○マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか？（はい・いいえ）  
”はい”を選んだ方 →本日、診療情報取得に同意されましたか？（はい・いいえ）

## 1. どうなさいましたか？あてはまる症状にチェックしてください

○発熱(いつから: 日前、今日 その時の体温: °C) ○咳・たん・鼻水 (いつから: 日前、今日)

○のどの痛み (いつから: 日前、今日) ○吐き気・嘔吐 (いつから: 日前、今日)

○頭痛・胸痛・腹痛 (いつから: 日前、今日) ○便秘・下痢 (いつから: 日前、今日)

○食欲がない (いつから: 日前、今日) ○息苦しい (いつから: 日前、今日)

○ふらつき・めまい (いつから: 日前、今日) ○だるい (いつから: 日前、今日)

○血圧が高い (いつから: 日前、今日)

○痛み(腰・肩・首・膝・手・足・関節) (いつから: 日前、今日)

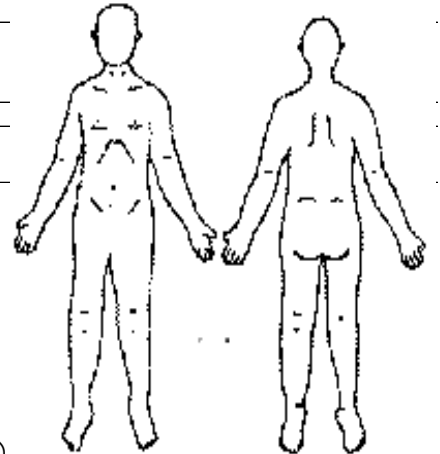
○その他 ( )

○身近に同様の症状の方、流行の感染症患者はいらっしゃいますか

いいえ・はい ( )

- 《その他》
- ・健診にて異常を指摘され相談希望
  - ・内視鏡検査予約
  - ・予防接種希望（インフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチン）
  - ・訪問診療・訪問看護の相談希望

《現在治療中の病気》 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病  
・喘息 ・緑内障 ・その他( )



## 2. 今通院されている病院があれば、病名や薬の名前を教えてください。

病院名( ) 病名( ) 受診日( )  
薬剤名( )

→おくすり手帳をお持ちの方はお出してください

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1か月以内の処方薬以外は省略可

## 3. 今までに薬、食品でアレルギー症状(発疹、気分不良)を起こされたことはありますか？

・なし ・あり 薬( ) 食品( ) 症状( )

## 4. 今までに大きな病気にかかれたことがありますか ・なし ・あり

年 月頃 病名( ) 手術 ・なし ・あり  
その時にかかれた病院名( )

## 5. 生活習慣について

たばこ ・吸わない ・吸う(1日 本程度) ・禁煙した( 年前)  
アルコール ・飲まない ・毎日 ・時々(1日 程度)

## 6. この1年間で健診を受診されましたか？ ( はい ・ いいえ )

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、特定健診及び高齢者健診については省略可  
”はい”を選んだ方→ 受診時期( ) 指摘されたこと( )

## 7. 女性のみ

○妊娠中ですか ・いいえ ・はい ・可能性あり ○授乳中ですか ・いいえ ・はい

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お願いいたします。