

内科初診問診票

西暦 年 月 日

ID				
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
氏名			体重	kg
身長	cm			

下記の質問事項にお答えください。

1 ○あなたは、どこが、どのように具合が悪くて来院されましたか？
()

○その症状はいつ頃から始まりましたか？
()

○そのために、今までにどこかで診察を受けましたか？
 受けない ・ 受けた (年 月 日)
 病院名 診断名：
 治療内容：

2 あなたは今までに何か大きな病気をしたり、手術を受けたことはありますか？
 ない ・ ある ()

3 今までに食品・薬などで発疹などアレルギー症状を起こした事がありますか？
 ない ・ ある (食品名： 薬品名：)

4 日常生活についてお願いします。
 ○食欲は ない・旺盛・普通 食事時間は 不規則・規則正しい
 ○睡眠は 眠れない・眠りすぎ・普通 (起床 _____ 時、就寝 _____ 時)
 ○便通は _____ 日 _____ 回位
 ○排尿は 昼間 _____ 回位、夜間 _____ 回位
 ○お酒は 飲まない・飲む (時々、毎日 _____ 合位)
 ○タバコは すわない・すう (1日 _____ 本位、 _____ 年間)
 以前はすっていた (_____ 年まで、1日 _____ 本位)
 ○服薬(あり・なし) ○お薬手帳(あり・なし)

※女性の方へ

○月経は 順調・不順・無月経・閉経
 ○今、妊娠していますか？ はい _____ ヶ月 ・ いいえ・不明

オンライン資格認証について

5 マイナ保険証による診療情報に同意しますか. はい いいえ

6 この1年間で健康診断を受診しましたか. 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。

** ご協力ありがとうございました。 **