

# 内科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	( 男 ・ 女 )	年 月 日 ( 歳 )	
TEL		現在の体温	℃

※初診の方は血圧も測定し、問診票と一緒に受付にお持ちください。

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？ ■直近の状況は？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日から

- 有 無 発熱37.5℃以上(3日以内)
- 有 無 3日以内の風邪薬や解熱剤の服用
- 有 無 止まらない咳の症状
- 有 無 同居家族のインフルエンザ又はコロナ陽性者

症状 ※具体的に記入願います

<input type="checkbox"/> 風邪症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> その他	
---	--

※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は事前に窓口へお持ちください

■お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ほかにアレルギーはありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ ) なし あり ( \_\_\_\_\_ )

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠 : はい いいえ 可能性あり 妊娠中の方→ ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

授乳 : はい いいえ

■現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ (内服ありの方は診察時お薬手帳をお出してください)

なし あり

病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

お薬の名前： \_\_\_\_\_

■今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？ はい いいえ

\_\_\_\_\_歳 病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 通院 入院 手術

\_\_\_\_\_歳 病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 通院 入院 手術

■たばこを吸いますか

吸う \_\_\_\_\_本/日 \_\_\_\_\_年間 ・ 以前吸っていた \_\_\_\_\_本/日 \_\_\_\_\_歳頃～ \_\_\_\_\_歳頃 \_\_\_\_\_年間

吸わない \_\_\_\_\_ ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■お酒は飲みますか

飲む 何を ( \_\_\_\_\_ ) ・ どのくらい ( \_\_\_\_\_ /日)

飲まない

■便秘は？ 快便 下痢 便秘 ( \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回)

■マイナ保険証の診療情報取得の同意 ( 同意した ・ 同意していない )

※情報取得に同意した方の処方情報と特定健診情報を取得、活用する場合があります

■その他、お気づきのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。