

内科外来初診問診票

(受診日 令和 年 月 日)

氏名() 職業()

身長 cm / 体重 kg () ヲ月で() kg 増えた・減った

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？(痛みがある場合は、その部位もお書きください)

2. この症状で現在、あるいは過去に他の病院で治療を受けていますか？(はい ・ いいえ)

「はい」の方 病名() 病院名()

薬を(飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名()

3. 今までにかかった病気や大きなケガはありますか？ (はい ・ いいえ)

高血圧 脳卒中 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病

胃・十二指腸潰瘍 喘息 その他 ()

4. 現在、他の病院やクリニックでかかられていますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方 病名() 病院名()

薬を(飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名()

5. お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の場合、原因の薬剤や食べ物は ()

7. 嗜好品についてお答えください。

アルコール (飲む (種類と飲酒量 /日) ・ 機会飲酒程度 ・ 飲まない)

たばこ (吸う (本/日) ・ 以前吸っていたが () 才からやめた ・ 吸わない)

8. 介護認定を受けておられますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の場合、介護度は ()

9. 他院からの紹介状はありますか？ (はい ・ いいえ)

10. 健康診断や特定検診結果などの結果はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

裏も記入してください ⇒

11. この一年で特定健診や健康診断等を受診しましたか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方 受診時期()

12. マイナ保険証による診療情報所得に同意しましたか？ (はい ・ いいえ)

13. 女性の方のみお答えください)

妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

月経 (順調 ・ 不調) 最終月経 (月 日 ~ 月 日)

閉経 (才)

レントゲンをとる場合がありますが、妊娠の可能性はありますか？

(はい ・ いいえ ・ わからない)

14. 当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ・SNS・Google Map・病院検索サイト[caloo(カルー)・病院ナビ・その他]

知人や家族から聞いて・近所のため・ご近所ドクター

コミュニティーバス広告・バスアナウンス・その他 ()

ご協力ありがとうございました。順番がきましたら、お呼びいたしますのでお待ちください。

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をお願いいたします。