

内科問診票

ふりがな

お名前 _____ 男・女

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所 〒 _____

TEL _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 今日の体温 _____ °C

携帯 _____ (外出時等連絡がとれますようにご記入をお願いします)

- ① 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)
- ② 過去にかかったことのある病気があれば教えてください (病名、時期、治療内容、医療機関名等)
- ③ 現在、他の医療機関に通院中のご病気があれば教えてください (病名、医療機関名等)
- ④ 現在、処方されているお薬があれば教えてください。お薬手帳がある方は受付にご提出ください。
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1か月以内の処方薬を除き、記載不要です)
- ⑤ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい (受付に提出ください) いいえ
- ⑥ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ
- ⑦ この1年以内に健診 (特定健診・高齢者健診等) を受診しましたか？
 はい (_____ 年 _____ 月 指摘事項: _____)
 いいえ
- ⑧ これまでにお薬や食品等でアレルギーを起こしたことがありますか？
 はい (品目/症状: _____)
 いいえ

裏面もございます

⑨アルコールは飲まれますか？

はい いいえ

「はい」の場合：何をどの位飲まれますか？ 種類：_____ 量：_____本/杯/合

頻度：毎日 / 週_____回 / 月_____回

⑩タバコは吸われますか？

現在吸っている 過去に吸っていた 吸ったことがない

「現在吸っている」「過去に吸っていた」の場合：1日平均何本吸われています/ましたか？

_____本/日 × _____年間

⑪女性の方のみお伺いします。

妊娠されていますか？ はい (_____ 週) いいえ 可能性あり

授乳されていますか？ はい (お子様の年齢 _____ 歳 _____ か月) いいえ

⑫お薬についてお伺いします。できれば処方をお願いしてほしい (苦手な) お薬はありますか？

錠剤 粉薬 水薬 (シロップ) カプセル 漢方薬 特になし

⑬当クリニックを何でお知りになりましたか？

当院ホームページで

医療系検索サイトで (サイト名: _____)

目黒区の検診案内を見て

通りがかり

かかりつけの先生からの紹介 (病医院名: _____)

チラシ・リーフレットを見て

ご家族・ご友人の紹介 (お名前: _____)

その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。なお、匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください。

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得・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。