

# 問診票 (内科初診用)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名			
住所	〒		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
身長・体重	cm	kg	

1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか?  
(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)

はい いいえ

2. 他の医療機関からの紹介状はありますか?

はい いいえ

3. 今日はどんな症状で受診されましたか? 体温 ( 度)

症状 ( )

いつから ( )

4. 現在治療中の病気、または今までかかった病気はありますか?

はい (はいの方は下記にチェックを付けて下さい) いいえ

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病(不整脈を含む)

腎臓病 脳疾患 肝臓病 緑内障

その他 ( )

手術 ( 年 月 の手術: 病院)

5. 現在、内服している薬はありますか?

はい (薬剤名: ) いいえ

\*お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

6. この1年間に健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか?

はい 時期 ( ) 指摘事項 ( ) いいえ

7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか?

はい (薬剤名: 食べ物名: ) いいえ

8. 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠していますか? はい (週数: ) いいえ

授乳中ですか? はい いいえ

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

・当院を知ったきっかけは?

電話帳・建物看板・家族、友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・  
他医療機関の紹介・その他 ( )

・通院手段は?

徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車