

# 内科問診票

身長

体重

SpO<sub>2</sub>

記入日 令和 年 月 日

ID

ふりがな

お名前 性別 男・女

生年月日 年 月 日( 歳) 連絡先 ( )

住所 (〒 )

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(マイナンバーカード)の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 当院では、医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)を算定しております。

加算1として4点 ※マイナ保険証を利用した場合は加算2として2点

● マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？  はい  いいえ

● この1年間で検診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？  はい  いいえ

本日の症状についてお聞かせください

本日の体温 ( ) °C

● 症状はいつからですか？

今日  昨日  2日前  3日前  4日以上前 ( )

● 本日の症状は？

発熱  咳(天気と関係:  あり・なし  夜間に症状が酷くなる)

痰(たん)  のどの痛み  鼻の症状  ゼーゼー  動悸  息切れ

めまい  倦怠感  むくみ  頭痛  腹痛  検診異常

血圧が高い  血糖が高い  他院の薬を継続したい

その他症状があればお書きください ( )

● 今までにかかった病気について、当てはまる項目に✓をつけてください

喘息 ( 家族: )  アレルギー性鼻炎  アトピー性皮膚炎

高血圧症  糖尿病  心臓病  脂質代謝異常症  前立腺肥大

緑内障  B型肝炎  C型肝炎  その他 ( )

● 現在、定期的に内服している薬はありますか？

なし  あり ( )

● 入院歴、手術歴はありますか？

なし  あり 病名 ( ) いつ頃 ( )

● アレルギーはありますか？

なし  あり

食物 ( ) 薬剤 ( ) その他 ( )

※ (女性の方のみ) 妊娠中である  いいえ  可能性がある  はい ( 週目)

授乳中である  いいえ  はい

● 喫煙について  吸ったことがない  吸っている ( 本× 年)  やめた ( 歳)

● お酒について  飲まない  飲む ( ml 週 回)  たまに飲む (月 回)