

内科問診票

身長

体重

SpO₂

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)