

I D :
予約: 有・無

内科問診票

受診日: 令和 年 月 日



※記入頂いた個人情報は診療以外には使用いたしません。正確なご記入をお願いします。

ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名		男・女	年 月 日	年 月 日 歳
自宅住所	〒		自宅 携帯	

以下の質問にお答え下さい(□にチェックまたは、必要事項へご記入をお願いします。)

【1】いつ頃どのような症状でお困りですか？

・いつ頃からですか？ _____ 頃から

・どのような症状ですか？ ()

【2】現在、他の病院にかかっている方は記入してください。

(病名: _____ 医療機関名: _____)

【3】今までに大きな病気・ケガ・手術歴などありましたら記入してください。

(病名: _____ 年 齢: _____)

【4】現在、内服している薬がある場合は記入して下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

()

【5】今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こした事はありますか？

・薬、注射等のアレルギー

□なし □あり 薬剤名: _____ 症状: _____

・食べ物アレルギー

□なし □あり 食べ物名: _____ 症状: _____

【6】日常生活について、お答え下さい。

・「たばこ」について □吸わない □吸っていた / 本数: 1日に()本位: ()年間位
□吸っている

・「アルコール」について □飲まない □時々 / お酒の種類:
□毎日

【7】女性の方のみお答え下さい。

・妊娠中ですか？ □いいえ □はい □可能性あり
・授乳中ですか？ □いいえ □はい

【8】(当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

□知人の紹介 □病院の紹介 □通りがかり □インターネット □チラシ広告 □看板
□その他()

【9】マイナンバーカードの健康保険証(マイナ保険証)利用について

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか □はい □いいえ □わからない(持っていない)

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。
「マイナ保険証」についてのご質問はスタッフまでお気軽にご相談ください。

~~~~~ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出をお願いします。~~~~~

