

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】紹介状はお持ちですか？

- はい ⇒ (_____) 病院・クリニックからの紹介
- いいえ

【3】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: _____]

【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: _____]

【6】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: _____

【7】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 吸っている / 本数: 1日に() 本位: () 年間位
- ・「アルコール」について 飲まない 時々 毎日 / お酒の種類: _____

【8】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

【9】(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(_____)

【10】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。~~~~~

