

内科外来初診患者様用問診票

年 月 日

ふりがな		男 女	大正 ・ 昭和 ・ 平成
名前			年 月 日 (歳)
住所	〒		TEL ()

①、どこがお悪いですか？ (一番困っている症状をお書きください)

内容

いつからですか？ ・ 今日 ・ 昨日 ・ 2～3日前 ・ 1週間前 ・ それ以外【 】

②、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか？

- ない 高血圧症 不整脈 狭心症・心筋梗塞
 脳梗塞・脳出血 糖尿病
 その他【 】

③、今までに手術をされたことは、ありますか？

- ない
 ある【手術名: 】

④、現在服用している薬は、ありますか？

- ない
 ある【お薬の名前: 】

⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか？

- ない
 ある【お薬の名前: 】

⑥、タバコを吸いますか？

- いいえ
 はい 1日 約 _____ 本
(喫煙期間 歳 ~ 歳)

⑦、お酒を飲みますか？

- いいえ
 はい 1日 約 _____ ml

⑧、【女性の方のみ】妊娠している可能性は、ありますか？

- ない ある

⑨、当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しますか？

はい いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。

病院側記入欄

身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	体温	℃	BMI
----	----	----	----	----	----	----	---	-----