



令和 年 月 日

問診票 (内科)

ふりがな	(年齢)
お名前	才

体温 (. °C)

当院へのご来院は初めてですか？

はい ・ いいえ

★紹介状をお持ちの方は、受付にご提出下さい

0. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？ いつからですか？

()

2. 現在かかっている病気はありますか？ ある ・ ない

→現在治療されていますか？ している ・ していない

病院名 () 病名 ()

3. 今までにかかった病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他 ()

4. 現在飲まれているお薬やサプリメントなどはありますか？ ある ・ ない

(病院の薬：) (市販の：)

5. この1年間に健康診断を受けましたか？ はい(月) ・ いいえ

何か指摘はありましたか？

6. 他に気になる自覚症状はありますか？ ある ・ ない

食欲不振 息切れ・動悸 嘔気 便秘・下痢 痛み (頭・胸・お腹・腰)

7. 生活習慣についてお伺いします。

飲酒 : する (毎日・週数回・月数回) しない

たばこ : 吸う (1日 本) 以前吸っていた 吸わない

8. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

薬 食べもの 花粉 その他 内容 ()

9. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●医療費明細書は必要ですか？ 必要 ・ 不要

●当院をお知りになったきっかけは何ですか？

近所 / 看板 / 知人 / 医療機関検索 / 当院ホームページ / 他医療機関 / その他 ()

ありがとうございました。記入がおわりましたら受付にお渡しください。