

令和 年 月 日

## 内科問診票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 ( 月 ) 日 歳	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 —			
電話番号		携帯電話	

- ・マイナ保険証による診療情報取得に  同意する・ 同意しない
- ・どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください
- 発熱  のどの痛み  せき  たん  鼻水  関節の痛み  
 頭痛  腹痛  吐き気  おうと  下痢  便秘  食欲がない  
 腰痛  息苦しい  からだがだるい  めまい  ふらつく  
 血圧が高い ( mmHg)  
 その他

- 現在治療中の病気  なし  あり
- 高血圧  高脂血症  糖尿病  腎臓病  痛風 (尿酸値が高い)  
 脳こうそく  不整脈  ぜんそく  緑内障  関節リウマチ  
 その他

今、飲んでいるお薬  なし  あり  
おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

- ・薬や食べ物のアレルギーはありますか？  なし  あり
- ・今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？  なし  あり  
・いつ

・病名

・病院名

- ・生活習慣について
- ・お酒  飲む  飲まない
- ・たばこ  吸う (1日 本 年間)  吸わない  禁煙した (年前から)
- ・女性の方にお伺いします
- ・妊娠の有無  なし  あり ・授乳中ですか  いいえ  はい

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。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算：初診時 (マイナ保険証を利用しない場合) 加算1 6点、  
(マイナ保険証を利用した場合) 加算2 2点、再診時 (マイナ保険証を利用しない場合) 加算3 2点