

内科問診票

診断や治療の参考にしますので、ご記入ください。

受診日： 年 月 日

氏名 _____ 様

最近(月 日)の身長・体重 _____ cm _____ kg

1. 今回受診なさる主な理由は何ですか？

1) 主な症状またはご希望の検査などをお書きください。

2) ご希望の診療科または担当医師があればお書きください。

2. 現在、他の医療機関にて治療や管理を受けている病気など(高血圧・糖尿病なども含む)がありますか？

1) いいえ

2) はい ※「はい」の場合、病名もお書きください。

他の医療機関名： _____ 病名： _____

3. 注射や内服薬、食物などによってアレルギー反応(発疹やショックなど)をおこしたことがありますか？

1) いいえ

2) はい 薬剤名をお書きください： _____

食物名をお書きください： _____

4. 過去に病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

1) いいえ

2) はい 主なものをお書きください： _____

5. 最近の体調、嗜好品についてお答えください。該当するものに○をつけてください。

1) 食欲： ①良 ②普通 ③不良

便秘： ①毎日ある ②便秘の傾向 ③下痢

睡眠： ①良好 ②普通 ③不良

体重： ①変化なし ②減少 ③増加

月経： ①規則的 ②不規則的 ③閉経

最近の月経は _____ 月 _____ 日頃から _____ 月 _____ 日頃

妊娠： ①していない ②可能性あり ③妊娠中

2) アルコール： ①飲まない

②飲む a.月 1~2 回 b.週 1~2 回 c.週 3~4 回

d.週 5~6 回 e.ほとんど毎日

主な種類と平均的な1回の量()

3) タバコ： ①吸わない ②吸っていたが禁煙した

③吸う 1日平均()本 ()年間

6. 検査異常値があった場合、ご連絡を希望しますか？

希望する 希望しない

希望される場合のみ緊急連絡先について、希望するものを○で囲んでください。

自宅・勤務先・携帯電話()

裏面に続きます

7. 現在、処方されている薬がありますか？

1) いいえ

2) はい

お薬手帳をお持ちでない場合、薬剤名や効能(例: 血圧の薬、など)をお書きください

8. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

1) いいえ

2) はい

9. 直近1年で健康診断を受診されましたか？その際、指摘を受けた項目がありましたか？

1) いいえ

2) はい

指摘項目: _____

10. マイナ保険証読み取り時に診療情報取得に同意しましたか？(受付でマイナンバーカード読み取りをした方に限る)

1) いいえ

2) はい

3) マイナンバーカード非使用

医療法人社団 診療所 ころとからだの元氣プラザ

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おります。

【医療情報取得加算】を算定します(初診時に1点または3点)

※マイナ保険証利用の有無、および過去の情報提供同意の有無などにより点数が変わります。