

問診票(内科)

ID 現在の体温 °C 受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	年齢	希望する医師名
1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
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・活用するために、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)加算1 4点 (マイナ保険証を利用しない場合) ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)			
2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
3. 本日はどのようなことで受診されましたか？ 下記の症状に○をつけてください。 発熱()°C ・ 咳 ・ 痰 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 腹痛(部位) 便に血が混じる ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 高血圧 ・ むくみ その他() それはいつからですか() その症状で他院を受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名:)			
4. 現在、他の病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい *お薬手帳 <input type="checkbox"/> 持参あり <input type="checkbox"/> 持参なし ※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です (病名) (病院名) (薬名) 1日 回 日分 (病名) (病院名) (薬名) 1日 回 日分 (病名) (病院名) (薬名) 1日 回 日分			
5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (年齢:) 病名:) (年齢:) 病名:)			
6. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ:) 指摘事項:)			
7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？ 薬: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 金属: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 食べ物: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()			
8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 可能性がある 最終月経 月 日 ~ 月 日 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
9. 喫煙・飲酒についてお答えください 喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日、喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(本/日、喫煙歴 年) アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(何を どれくらい)			
10. 最近の身長・体重を教えてください 身長 _____cm 体重 _____kg			
* 血縁関係の方に、下記の病気をお持ちの方はいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 例: 高血圧(父・姉) がん() 糖尿病() 高血圧() 心臓病() 脳血管障害()			
* ワクチンの接種について、お答えください。 ・インフルエンザワクチン接種(年 月頃) ・肺炎球菌ワクチン 接種(年 月頃)(65歳以上の方) ・コロナワクチン 接種(最終 回目 年 月頃)			

ID

氏名

記入日

年

月

日

糖尿病で受診の方はこちらもご記入ください。

- 高血糖や糖尿病を初めて指摘されたのは何歳くらいのときでしたか？

(歳)

- そのときの検査の値を覚えていますか？おおよそで結構です。

ヘモグロビンA1c(%) 血糖値(mg/dl)

- 現在、ある症状に○をつけてください。(いくつでも可)

のどが渇く・尿の回数が多い・水をたくさん飲む・手または足のしびれ・物が見えづらくなった

- 眼科を受診していますか？: はい いいえ

眼底検査を受けていますか？: はい いいえ

最後に眼科を受診したのはいつ頃ですか？()

- 体重変化について

20歳の時の体重:(kg)

過去最大体重 : ()歳の時に()kg

最近極端な変化はありましたか？

どのくらいの期間()に(kg)(増・減)

- 女性の方のみお答えください

妊娠()回

出産()回

妊娠高血圧症候群: なし あり

妊娠中の高血糖 : なし あり

出生体重 (第1子: g) (第2子 g) (第3子 g)

今回妊娠中の方は、妊娠前体重をお書きください。(kg)

- 食事について

朝食 (時頃) 食事内容()

昼食 (時頃) 食事内容()

夕食 (時頃) 食事内容()

間食や夜食、ジュースやスポーツ飲料を飲む習慣はありますか？ なし あり

どのくらいの頻度ですか:週()回くらい

何時頃摂りますか: ()時頃

何をどれくらい摂りますか()

- 運動習慣はありますか なし あり:週()回、1回あたりの運動時間()時間

運動内容()

学生時代は運動をしていましたか？

運動内容 ()

- 仕事での活動量を下記より選んでください。

軽作業(デスクワーク、家事など)

普通の作業(立ち仕事など)

重労働(運搬、力仕事など)