

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)			