

# 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?

- はい  
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?

- いいえ 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? いいえ はい(病院名: )

4. 現在、他の病院に通院されていますか? いいえ はい

また、処方されている薬はありますか? いいえ はい \*お薬手帳 持参あり 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? いいえ 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?

いいえ 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: いいえ はい ( ) 金属: いいえ はい ( )  
食べ物: いいえ はい ( )

8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか? していない している 可能性がある

最終月経 月 日 ~ 月 日

授乳中ですか? いいえ はい

9. 喫煙・飲酒についてお答えください

喫煙 吸わない 吸う( 本/日、喫煙歴 年) 以前吸っていた( 本/日、喫煙歴 年)  
アルコール 飲まない 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? いる 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

脂質異常症で受診の方はこちらもご記入ください。

●脂質異常を初めて指摘されたのは何歳くらいのときでしたか？  
( 歳)

●血の繋がったご家族に以下の病気の方はいますか？（両親・兄弟姉妹・子・祖父母）

脂質異常症または高脂血症:( )

心筋梗塞:( )

足の血管がつまる病気:( )

脳梗塞:( )

●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)