

問診票

内科 消化器内科(内視鏡) 女性内科
北浜よしおか
内科クリニック

年 月 日

フリガナ

お名前

様

男・女

生年月日 大正・昭和・平成

年

月

日(歳)

住 所

連絡先 自宅() -

緊急時() -

携帯電話 - -

連絡先名

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介

インターネットを見て

広告・看板を見て

他の医療機関からの紹介状持参

その他

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい いいえ

1.本日は『どこ』を『どうされました』か？(具体的な症状をご記入ください。例:風邪→咳、鼻水 など)

2.その症状は『いつ』からですか？

3.現在、他の医療機関で通院されていますか？

4.現在、服用中の薬はありますか？

はい いいえ

はい、と答えられた方 お薬名()

5.今までに大きな病気・手術をされたことがありますか？

はい いいえ

はい、と答えられた方 いつ頃()

手術名()

6.今までに健康診断などで下記の事を指摘されたことはありますか？

血圧が高い・不整脈や心臓が悪いと言われた

はい いいえ

血糖値が高いと言われた

はい いいえ

コレステロール値や中性脂肪が高いと言われた

はい いいえ

過去1年以内に健康診断を受けたことがある

はい いいえ

7.これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

はい いいえ

原因となったもの()

症状()

8.嗜好品についてお尋ねします。

タバコ……吸う()

本/日)

・ 吸わない

アルコール……飲む(種類

量

/毎日・週

回・月

回

・ 飲まない

9.女性の方へ：現在妊娠中または授乳中ですか？

はい いいえ

妊娠()

週)

授乳中(生後

ヶ月)

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。

ご記入が終わりましたら受付へ提出してください。