

# 問診票（内科）

フリガナ  
氏名

年齢

歳(男・女)

受診日

年

月

日

1	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</p>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
3	<p>どのような症状で来院されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>胸痛 <input type="checkbox"/>動悸 <input type="checkbox"/>息切れ <input type="checkbox"/>胸の圧迫感 <input type="checkbox"/>手足のむくみ</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>咳・痰 <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>体がだるい <input type="checkbox"/>筋肉痛・関節痛</p> <p><input type="checkbox"/>食欲がない <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/>熱がある(本日の体温 °C)</p> <p>→ <input type="checkbox"/>10日以内に人ごみ(デパート・繁華街など)へ行った。</p> <p><input type="checkbox"/>まわりに同じ症状の人がいる、</p> <p><input type="checkbox"/>38°C以上の熱がある(あった 月 日～ 月 日)。</p> <p><input type="checkbox"/>1ヶ月以内に海外へ行った、または海外渡航者と接触した。</p> <p>( 月 日～ 月 日まで。 国名: )</p>
4	<p>いつ頃からその症状はでましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>本日 <input type="checkbox"/>昨日 <input type="checkbox"/>2～3日前 <input type="checkbox"/>1週間前</p> <p><input type="checkbox"/>それより前( 月 日から) <input type="checkbox"/>不明</p>
5	<p>受診理由がほかにある方はこちらにご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>予防接種( )のワクチン / 予約(済・未)</p> <p><input type="checkbox"/>健康診断で指摘された( )について)</p> <p><input type="checkbox"/>慢性疾患の通院希望(他院からの治療継続)</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p>
6	<p>現在治療中、または今までかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><input type="checkbox"/>手術( 年 月 )の手術: 病院)</p>
7	<p>現在服用している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい( )</p>
8	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬( ) 食べ物( )</p>
9	<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期( ) 指摘事項( )</p>
10	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(施設名: )</p>
11	<p>女性の方のみお答えください。</p> <p>● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい( )週</p> <p>● 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>