

内科問診票

令和 年 月 日

2枚目(感染症に関する問診票)も記入して下さい

フリガナ		性別	
患者氏名		男・女	
生年月日(年齢)	T・S・H 年 月 日(歳 ヶ月)	(未成年の場合) 保護者氏名	
住所	〒 -		来院時の車をご記入下さい。 車種 色 ナンバー
電話番号	携帯番号		
体重	kg	体温 °C	

※来院直前の体温をご記入下さい。測定されていない場合は受付時に測定します。

※一ヶ月以内にこの休日急病診療所を受診されたことはありますか。 ない・ある(月 日)

1.いつからどのような症状ですか。 発熱(37.5°C以上): 月 日~(最高 °C)
咳: 月 日~ 鼻水: 月 日~ のどの痛み: 月 日~ はきけ: 月 日~
下痢: 月 日~ たん: 月 日~ くしゃみ: 月 日~ おう吐: 月 日~
腹痛: 月 日~ 頭痛: 月 日~ 発疹: 月 日~ 便秘: 月 日~
その他 ()

2.今までにかかったことのある病気や現在通院中の病気がありますか。
糖尿病 高血圧 脂質異常 狭心症 心筋梗塞
脳梗塞 癌 気管支喘息 胃潰瘍 前立腺肥大
緑内障 心臓病 腎臓病 肝臓病
その他 ()

3.薬についてアレルギーがありますか。 ない ある(薬品名)

4.食べ物アレルギーはありますか。 ない ある:牛乳・卵・その他()

5.たばこは吸いますか。 吸わない 吸う 1日()本 喫煙年数()年

6.アルコールは飲みますか 飲まない 時々 毎日 日本酒1日()合 ビール1日()本

7.かかりつけの医療機関はありますか。 ない ある()

8.現在、医療機関に通院していますか。 いいえ はい

9.現在、飲んでいる薬はありますか。 ない ある()

10.本日はお薬手帳をお持ちですか。 持っている 持っていない

11.マイナ保険証がある場合、診療情報取得に同意しますか。 はい いいえ

12.最近1年間に特定健診、高齢者健診を受けていますか。 はい いいえ

13.女性の方のみご記入ください。
妊娠していますか いいえ はい (出産予定日 年 月 日)
授乳中ですか いいえ はい (お子様の年齢 歳/ ヶ月)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

保険証受け取りました

サイン

※当診療所で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

瀬戸旭休日急病診療所

