

# 甲田内科クリニック問診票

受診日： 年 月 日,

氏名： _____, _____ フリガナ	生年月日： 年 月 日,
	性別：男 女, 年齢： 歳
郵便番号： _____	住所： _____
電話番号 1： _____	電話番号 2： _____

WebVer20240601

1) 来院理由・症状について、ご記入下さい。	月 日 頃から
2) 現在、他の病院(医院)に通院していますか？治療中の方は、どのような病気で何のお薬を服用していますか？	
医療機関名 1 ( _____ )	受診科 ( _____ )
病名 ( _____ ) ,	服用中のお薬 ( _____ )
医療機関名 2 ( _____ ) ,	受診科 ( _____ )
病名 ( _____ ) ,	服用中のお薬 ( _____ )
* わからないときは「お薬手帳」を見せてください。	
タバコ： <input type="checkbox"/> 吸わない, <input type="checkbox"/> 1日 本,	
お酒： <input type="checkbox"/> 飲まない, <input type="checkbox"/> ときどき, <input type="checkbox"/> 毎日 ( _____ )	
3) 今までに大きな病気, 手術, ケガ (事故を含む) をしたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある ( _____ )	
4) 今までに次の病名と診断されたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 心臓病, <input type="checkbox"/> 糖尿病, <input type="checkbox"/> 腎臓病, <input type="checkbox"/> 喘息, <input type="checkbox"/> 緑内障, <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症, <input type="checkbox"/> 甲状腺, <input type="checkbox"/> 感染症, <input type="checkbox"/> 花粉症, <input type="checkbox"/> その他： _____ )	
5) アレルギー (お薬・食べ物・金属 など) はありますか？	
<input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> ある 薬 ( _____ ) 食べ物 ( _____ ) 金属 ( _____ )	
6) 女性の方のみご記入下さい。	
・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい ( _____ ヶ月), <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい, <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい. <input type="checkbox"/> いいえ	
7) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？	
<input type="checkbox"/> はい (国名： _____ 帰国日： _____ ), <input type="checkbox"/> いいえ	
8) この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい, <input type="checkbox"/> いいえ	
9) マイナ保険証による診療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、マイナ保険証の利用と情報取得にご協力をお願いいたします。	

身長： \_\_\_\_\_ cm, 体重： \_\_\_\_\_ kg 問診入力者：  本人,  本人でない