こしだ内科クリニック

令和　　年　　月　　日

問 診 票

ID no. ：

※カルテ登録の為、保険証のスキャンをさせて頂きます。予めご了承くださいますようお願い申し上げます。

フリガナ		性別	男 ・ 女		
お名前		身長	ｃｍ	体重	ｋｇ
生年月日	昭・ 平・令　　年　　月　　日	年齢	才		
電話番号	←連絡の取りやすい電話番号を必ずご記入ください				
住所	〒　　－				

◇この1か月以内で海外への渡航歴はありますか？　（はい　→　渡航先:　　/ いいえ）

1．　どうなさいましたか？

＜かぜ症状＞現在の体温(　　.　　℃)・最近1～2日以内の発熱・高熱/熱感はありますか？　あり / なし

・ 熱がある　・ 喉が痛い　・ 鼻水　・鼻づまり　・ 咳　・ 痰　・ 頭痛　・ 関節が痛い
・ めまいがする　・ 寒気がする　・ 倦怠感

＜胸・からだ＞

・ 胸痛　・ 動悸　・ 息切れがする　・ 胸の圧迫感がある　・ 顔や体のむくみが気になる

＜お腹の症状の方→水分は十分に摂れてますか？はい / いいえ⇒点滴を希望しますか？ はい / いいえ

・胃痛 ・ 腹痛 ・ お腹のはり ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・食欲がない・ 胸やけ ・ 血便 ・便秘

＜慢性的な疾患＞

・ 高血圧　・ 脂質異常症　・ 糖尿病　・ 心臓病　・喘息　・その他（　　）
・ 更年期症状　・ 膀胱炎　・ﾄｲﾚが近い　・点滴希望　・プラセンタ希望　・痛風発作

2.　いつからですか？

・ 今日から　・ 昨日から　・ 2日前　・ 3日前　・ 1週間前　・ それ以上（　　）

3.　その他

・ 健診で異常を指摘された　はい　/　いいえ ＊ 健診結果をお持ちの方は受付までご提示ください
・ 他の医療機関からの紹介状はありますか？　はい　/　いいえ

4.　今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？　　ある　・　ない

あるに〇を付けた方はどのような病気ですか？(医療機関名：　　時期：H / R　　月)

高血圧・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 喘息 ・ 脳卒中・花粉症
・ その他（　　）
→現在治療されていますか？　　している　・　していない

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　　はい / いいえ

5. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありませんか？　ある　・　ない

あるに〇を付けた方はお薬、サプリメントのお薬名をご記入ください（　　）
＊お薬手帳、薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい

6.　**お薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？　　ある　・　ない**

あるに〇を付けた方はどのようなものでアレルギーが出たことがありますか？
・食べ物　（　　）　・薬　（　　）　・その他、花粉症など　（　　）

7. 女性の方のみ　→　現在、どちらかにあてはまりますか？　　妊娠中　・　授乳中 / どちらでもない

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おります。
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。