

問診票（内科）

(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
お名前	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	
ご住所 〒 -			
体温	身長	体重	血圧
℃	cm	kg/g	(高) / (低)

※下記の項目について記入もしくはチェックしてください。

・【マイナ保険証】による診療情報取得に同意しますか？

いいえ はい

・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？

いいえ はい

・本日はどんな症状で、ご来院されましたか？(当てはまらないものはその他に記載お願いいたします。)

発熱 のどの痛み めまい しびれ 食欲不振 倦怠感 下痢 高血圧
 咳 痰 鼻水 嘔吐・吐き気 口喝 体重減少 便秘 腹痛
 喘息・息苦しい 頭痛 胸痛 むくみ 火照り 血便 動悸
 更年期障害 熱中症疑い その他 ()

・いつ頃からですか？

今日 () 日前 () 年前 不明 その他 ()

・薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし あり ()

・お酒は飲みますか？

いいえ はい (毎日・ 時々)

・タバコは吸いますか？

いいえ はい (本/1日× 年間)

・現在飲んでいるお薬はありますか？ ※ありとお答えになった方→お薬手帳持参の方はご提示ください。

なし あり ()

・過去に病気、手術をしたことがありますか？

なし あり ()

・(男性の方) 診察のご希望はありますか？

通常通りの診察 医師のみのプライベートな診察希望

・(女性の方) のみお答えください

生理中 妊娠中 (ヶ月) または (週目) 授乳中 閉経後

・美容皮膚科に興味はありますか？希望の施術や気になるところに○をお願いいたします。

なし あり (シミ、そばかす、脱毛、ニキビ、毛穴の黒ずみ、毛穴開き、しわたるみ)

・備考欄 (他に何か先生にお伝えしたいことがありましたらご記入ください。)

()

お疲れ様でした。ご記入が終わられましたら、受付まで問診票をお渡しください。