

消化器内科 問診票

お名前 () 歳 20 年 月 日

身長 (cm)、体重 (kg)、来院時の体温 (°C)

※住所に変更はありますか？ (あり ・ なし)

1. いつから、どこが、どのように具合が悪いですか？

2. アレルギーはありますか？

(ない・ある →薬()、食べ物()、その他())

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

(ない・ある)(病名：)、手術 (ない・ある)
(時期：)、入院 (ない・ある)

4. 現在治療中の病気がありますか？

(ない・ある)(病 名：)
(病院名：)

5. 現在使用している薬はありますか？

(ない・ある →薬名：)

6. たばこは吸いますか？

吸わない ・ 以前吸っていた (歳) ・ 吸う (1日 本位)

7. 同居のご家族でタバコを吸っている方はいますか？ (いる ・ いない)

8. お酒は飲みますか？ (飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む) (どのくらい)

9. 癌など悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか？ (はい ・ いいえ)

10. 治療上、どうしても輸血が必要な場合、同意されますか？ (はい ・ いいえ)

11. 輸血をした事がありますか？ (はい ・ いいえ)

12. 妊娠の可能性はありますか？

(ある・ない)(最終月経：20 年 月 日) (閉経： 歳)

13. 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

14. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください

マイナ保険証利用に関する問診

- マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)をお持ちですか？
(はい・いいえ)
はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか？ (はい・いいえ)
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ (いいえ・はい)
- この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？
(はい・いいえ)
はいの場合→(受診時期:20 年 月頃)

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します。

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。