

女性内科 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. 本日来院された理由にレ印をつけてください

発熱 頭痛 のどの痛み 胸の痛み めまい 咳 鼻 悪寒 嘔吐
その他の症状 ()

いつから、どのようにですか

※ 主につらい症状をご記入ください ()

食欲 (ある・普通・ない)、睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)

排尿 (普通・昼間も近い・夜間3回以上)、便通 (日 回)

2. アレルギーはありますか？

(ない・ある→薬()、食べ物()、その他())

3. 輸血をしたことがありますか？ (ない・ある)

4. 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))

5. 現在治療中の病気がありますか？

(ない・ある)(病名: ()
(病院名: ())

6. 現在使用している薬はありますか？

(ない・ある→薬名: ())

7. タバコは吸いますか？

吸わない・以前吸っていた(歳)・吸う(1日 本位)

8. 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)

9. 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)

10. 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)

11. 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

12. 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

裏面もご記入ください。→

マイナ保険証利用に関する問診

●マイナ保険証または資格確認書をお持ちですか？

（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。