

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)、便秘 (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

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。