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（　　　℃）

※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

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。