

いけだ内科医院 問診票

年 月 日

<u>フリガナ</u>			身長	体重
氏名			cm	kg
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	年齢	歳
住所	〒			
T E L		携 帯		

お電話で検査結果などを連絡する場合があります

①どのような症状がありますか？

体温 _____ 度

発熱 ・ 咳 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 吐き気
 胸の痛み ・ 動悸 ・ その他

()

②いつから症状がありますか？

今日 ・ 昨日 ・ 2、3日前 ・ () 週間くらい前から

③上記の症状で医療機関を受診されましたか？

いいえ ・ はい (医療機関名 :)

④気になる病気、調べてもらいたい病気はありますか？

いいえ ・ はい → ()

⑤アレルギーはありますか？

薬剤アレルギー : いいえ ・ はい ()

食物アレルギー : いいえ ・ はい ()

⑥過去に入院または現在も治療中の病気がありますか？

いいえ ・ はい → ()

⑦過去に大きな手術をされましたか？

いいえ ・ はい → いつ頃 () 病名 ()

⑧ご家族の中に突然死やガン・脳血管疾患・心疾患などの大きな病気をされた方はおられますか？

いいえ ・ はい → ()

⑨普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい → お薬手帳は持参されていますか？ いいえ ・ はい

⑩タバコ : いいえ ・ はい (本 / 1日)

お酒 : いいえ ・ はい

⑪女性の方へ 現在妊娠している ・ 妊娠している可能性がある ・ 授乳中

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

当院は診療情報を取得・活用することで、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のご協力をお願い致します。