

内科問診表

記入日 年 月 日

お名前	年齢	歳	性別	男・女
<p>・本日受診された症状について</p> <p>いつ頃から</p> <p>症状の内容</p> <p>渡航歴 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	◆看護師記載欄		サイン()	
	BT:	℃	BP:	/ mmHg
	P:	回/分	SPO2:	%
<p>・現在、他の医療機関に通院していますか？</p> <p><input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>している</p> <p>医療機関名</p> <p>受診日</p> <p>治療内容</p>				
<p>・現在、処方されている薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あると答えた方は御記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p>				
<p>・これまでに入院や手術を要する病気にかかったことが</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>医療機関名</p> <p>時期</p> <p>病名</p> <p>治療内容</p>	*待機されている場合は下記記入 ()ベッド・安静室()・内9			
<p>・今までにかかれた病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神病疾患</p> <p><input type="checkbox"/> がん () <input type="checkbox"/> その他()</p>	◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 持っていない			
	◆他の医療機関からの紹介状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
<p>・アレルギーはありますか？</p> <p>薬剤：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 種類： 症状：</p> <p>食物：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 種類： 症状：</p> <p>金属：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 種類： 症状：</p> <p>ゴム製品：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 種類： 症状：</p> <p>その他：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり 種類： 症状：</p>	<p>・女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠中 (週) <input type="checkbox"/> 授乳中</p> <p><input type="checkbox"/> 最終月経 (月 日 ~ 月 日) (順・不順) <input type="checkbox"/> 閉経</p>			
<p>・お酒を飲まれますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 飲まない</p> <p><input type="checkbox"/> 飲む (毎日・ 回/週・月)</p> <p>(ビール・日本酒・焼酎・その他：)</p>	・40歳以上の方、この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
<p>・タバコを吸われますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 吸わない</p> <p><input type="checkbox"/> 吸う (1日 本・ 年間)</p> <p><input type="checkbox"/> 禁煙した (年前まで1日 本)</p>	受診時期： 指摘事項等： ・65歳以上の方へ、介護認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている			
	事業所： サービス利用状況：			

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いたします。