

# 内科問診票

医師確認欄

診療日 年 月 日

【お名前】 \_\_\_\_\_ 【性別】 男・女 体温 ( \_\_\_\_\_ ℃)

【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 酸素飽和度 ( \_\_\_\_\_ %)

## 1. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？

同意した  同意していない  マイナ保険証を利用していない

## 2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

持っている  持っていない

## 3. 健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？

受けている  受けていない

## 4. いつから、どのような症状ですか？ あてはまるところにシ点をつけてください。

今日  昨日  2日前  3日前  1週間前  それより前

熱がある  喉が痛い  咳  痰  鼻水/鼻づまり

頭が痛い  めまいがする  くらつく  胸が痛い

胸の圧迫感がある  胸がドキドキする  息苦しい  お腹が痛い

食欲がない  吐き気  おう吐  下痢  便秘

健康診断で異常を指摘された

その他の症状 [ \_\_\_\_\_ ]

## 5. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ あり・なし

『あり』の方は、当てはまるところにシ点をつけてください。

高血圧症  高脂血症  糖尿病  脳こうそく  心筋こうそく

狭心症  ぜんそく  骨折  その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## 6. 今までに入院や手術をしたことがありますか？ あり・なし

『あり』の方は、いつ頃どのような病気で入院・手術をしましたか？

(病院名が分かれば教えてください) \* 輸血したことが あり・なし

## 7. 現在飲んでいるお薬はありますか？ あり・なし お薬手帳を見せて下さい。

## 8. おくすりや食べ物などのアレルギーはありますか？ あり・なし

『あり』の方は、どのようなアレルギーですか？

[ \_\_\_\_\_ ]

## 9. 生活習慣について。

【お酒】  飲む  1日  杯  飲まない

【タバコ】  吸う  1日  本  やめた  吸わない

## 10. 万が一、悪性腫瘍の場合はご本人への告知を希望されますか？ はい・いいえ

11. 女性の方にお伺いします。妊娠の可能性 あり・なし 『あり』の方→妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

授乳中ですか？ はい・いいえ

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)