

問 診 票 (内科用)

記入日 年 月 日

患者 ID () 氏名 年齢 才 (男・女)

連絡先 身長 cm 体重 kg

※体形により薬の量が変わりますのでご記入下さい

★本日はどうされましたか？

- ・2次健診
- ・症状はありますか？ ☐あり ☐なし

年 月 日頃から

- | | | | | | |
|----------|------|------|--------|--------------------------------|--------------------------------|
| ・胃痛 | ・胸やけ | ・腹痛 | ・吐き気 | ・嘔吐 ☐ 回 | ・下痢 ☐ 回 |
| ・頭痛 | ・関節痛 | ・胸痛 | ・どうき | ・めまい | ・血便 ☐ 回 |
| ・せき | ・たん | ・鼻水 | ・のどの痛み | ・発熱 度 | |
| ・排尿痛 | ・残尿感 | ・むくみ | | | |
| ・その他 () | | | | | |

★下記の項目をご持参されていますか？

- 〔・診療情報提供書（お手紙）（有 ☐ ・無 ☐）
- 〔・CD（医療機関からのもの）（有 ☐ ・無 ☐）

ご持参でしたら、
受付へご提出お願いします。

★現在通院中の病気又はこれまでに入院や手術を要する病気をしたことがありますか

- ・いつころ
- ・病名
- ・医療機関名

★定期的に服用している薬がありますか。

- ・はい
 - ・いいえ
- 薬手帳をお持ちでしたら診察時にお出してください。

★アレルギーはありますか。

- ・はい (薬) (食べ物)
- ・いいえ (その他)

★タバコ（電子タバコも含む）を吸いますか。

- ・はい 1日 本 (いつから)
- ・やめた (吸っていた期間) 何才 ~ 何才 1日何本
- ・いいえ

★お酒は飲みますか。

- ・はい 1日量 回/週 酒類(ビール・焼酎・日本酒・ワイン・ウイスキー・その他)
- ・いいえ

★本日の受診に付き添いの方はいますか

- ・はい (ご関係)
- ・いいえ

★女性の方にお伺いします。

現在妊娠していますか (・はい ・わからない ・いいえ)

授乳中ですか (・はい ・いいえ)

最終生理 (年 月 日 ~ 月 日)

★過去1年間に特定健診・高齢者健診は、受診しましたか？

- ・はい
- ・いいえ

★マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証）による情報取得に同意しますか？

- ☐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します。

※発熱、風邪症状の方については、次ページもあります。

★発熱・風邪症状の方にお伺います。

・コロナ、インフルエンザの検査を希望しますか？

☐はい ☐いいえ

★コロナ濃厚接触者該当しますか？

☐はい ☐いいえ

★本日はどのような手段で来院しましたか？

☐徒歩 ☐バス／タクシー ☐自家用車 ☐その他 ()

◆医療者記入欄◆

来院時 $\frac{KT}{BP}$ $\frac{^{\circ}C}{/}$ ・ $\frac{P}{}$ $\frac{回}{}$ $\frac{SPO2}{}$ %

◆経過

◆待機場所

検査前 ☐パーテーション 1・2・3 ☐救外 1・2・3 ☐車 ・車種 ・No ・色		検査後 ☐救外 1・2・3・ベッド ☐ビー ☐車
---	---	---

◆検査・投薬

☐抗原検査

☐PCR

☐その他

☐投薬希望 (あり ・ なし)