

問診票（内科）

記入年月日 年 月 日

フリガナ お名前 男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所 〒 身長 cm 体重 kg	電話番号：() - 緊急連絡先：() -

◆今日はどのような症状で受診されましたか？

◆その症状はいつ頃からはじまりましたか？

◆現在、他の医療機関に通院していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
→ 時期、医療機関名、治療内容等

◆現在服用しているお薬はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

◆お薬手帳はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

（※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、直近1カ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）

→ 薬品名：

◆これまで大きな病気や慢性の病気で治療を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 以下に病名、その時の年齢などを記入してください。

病名： 年齢： 歳

病名： 年齢： 歳

病名： 年齢： 歳

◆これまでに飲み薬や注射で副作用がでたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 薬剤名： 症状：

◆食物や花粉などのアレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 項目：

※裏面にもご記入ください。

◆お酒は飲めますか？

☐ いいえ ☐ はい → 時々 ・ 週2～3日 ・ ほぼ毎日

◆タバコを吸いますか？

☐ いいえ ☐ はい 1日 本 年間 ☐ 禁煙した 歳

女性の方へ

◆現在妊娠中ですか？

☐ いいえ ☐ はい（妊娠 週・ カ月） ☐ 妊娠の可能性あり

◆現在授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

☐ いいえ ☐ はい

◆この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐ いいえ ☐ はい

（マイナ保険証による情報取得に同意した方については 記載を省略可能）

受診時期：

指導事項等：

ご協力ありがとうございました。

これからの診察・治療について ご希望がありましたらお書きください。

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。



小児科・内科・アレルギー科

きたまちクリニック