

一般問診票（内科）

|      |       |      |         |
|------|-------|------|---------|
| ふりがな |       | 性別   | 男性 ・ 女性 |
| 氏名   |       |      |         |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢   | 歳       |
| 住所   | 〒 -   | 電話番号 |         |

1. 受診目的を下の枠内にお書き下さい（該当するものに○をお願いします）

血圧の異常 / 血糖値の異常 / コレステロール値の異常 / 中性脂肪値の異常  
 心電図異常 / 不整脈 / 尿検査異常 / 腎機能の異常  
 ＊その他（以下にご記入ください）

2. これまでに何らかのアレルギーはありましたか？  
 薬剤アレルギー ない ・ ある（薬品名）  
 アルコール消毒に対するアレルギー ない ・ ある
3. これまで入院したことはありますか？  
 ない ・ ある（病名）
4. これまでに定期的に通院したことはありますか？  
 ない ・ ある（病名）
5. これまでにタバコを吸っていた時期はありますか？  
 ない ・ ある（本/日、歳から）  
 現在も続けている / 禁煙している（歳から）
6. これまでにお酒を嗜まれていたことはありますか？  
 ない ・ ある（種類/量）  
 現在も飲んでいる ・ 現在は時々しか飲まない ・ 現在は飲まない
7. 女性の方のみ伺います。現在妊娠・授乳していますか？  
 ○ 妊娠： ない ・ ある（週） ○ 授乳： ない ・ ある
8. 当院ではマイナンバーカード保険証を通して診療情報を取得し活用致します  
 （医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しています）  
 ・マイナンバーカード保険証による情報取得に関して（同意する / 同意しない）