

# 内科・循環器内科 問診票

No. \_\_\_\_\_

受診日	令和 年 月 日	他医院からの紹介状や CD-R	ない ・ ある		
ふりがな			男	大・昭・平・令 年 月 日生	
お名前			女	ご職業	
住所	〒		電話		
			携帯		
	建物名:		体温	°C	身長
				体重	kg

- 1 診療のためにマイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (いいえ・はい)
- 2 この1年で健診（特定健診や高齢者健診）を受けましたか？ (いいえ・はい)
- 3 希望される診療内容をお選びください。
  - ・ 循環器（心臓病など）
  - ・ 生活習慣病（高血圧症、高脂血症、糖尿病、痛風、肥満など）
  - ・ その他の内科
- 4 症状についてお聞きます。
  - ・ いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 月 日
  - ・ 症状を具体的にお書きください（例：「胸が苦しい」「お腹が痛い」など）
- 5 現在、何か治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい)
  - ・ 病名をお書きください \_\_\_\_\_
- 6 過去に入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？ (いいえ・はい)
  - ・ 病名をお書きください \_\_\_\_\_
  - ・ 手術時期をお書きください \_\_\_\_\_
- 7 処方されている薬はありますか？ (いいえ・はい)
  - ・ 薬名(お薬手帳の提示でも構いません/1の同意をされている方は省略可能)
- 8 薬、その他でアレルギーはありますか？ (いいえ・はい)
- 9 タバコを吸いますか？
  - 吸う（加熱式・紙巻き）、1日の本数（ 本）、禁煙した、吸わない
- 10 お酒を飲みますか？ (いいえ・はい)
  - ・ 何を1日あたりどのくらい飲みますか \_\_\_\_\_
- 11 女性の方にお聞きます 妊娠していますか？
  - していない ・ 可能性がある ・ 妊娠 \_\_\_\_\_ヶ月 ・ 授乳中
- 12 当院を何でお知りになりましたか？
  - 建物の看板 ・ ホームページ ・ 紹介 ・ その他

記載していただいた個人情報につきましては、医療目的以外には使用いたしません。  
また、第三者に提供することもございません。ご協力ありがとうございました。