

おゆみの中央病院 内科 問診票

I D		性別	受診日 年 月 日
ふりがな		男 ・ 女	記入者 ☐ 本人 ☐ 本人以外
氏 名			記入者氏名： 本人との続柄：
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	身 長 c m	体 重 k g
※当院記入欄	国保 社保 自賠責 (あり・なし) 労災 学校保健 受給券 自費		

下記の質問にご回答ください。

1. どんな症状で受診されたか理由をご回答ください（複数回答可）

- ☐胸痛 ☐動悸 ☐息切れ ☐めまい ☐呼吸困難 ☐むくみ ☐足が冷たい
☐健診で受診を勧められた
☐その他 ()

2. いつ頃から症状が出てきましたか？ () 頃から

3. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

- ☐いいえ ☐はい（医療機関名：)

4. 今までにかかった病気、けが、手術歴、または現在、治療中の病気はございますか？

- ☐いいえ ☐はい（下記該当するものにチェックをしてください）
☐高血圧 ☐高脂血症 ☐狭心症 ☐心筋梗塞 ☐脳梗塞 ☐腎臓病 ☐糖尿病 ☐痛風
☐胃潰瘍 ☐喘息 ☐感染症（B型肝炎・C型肝炎・梅毒） ☐がん ()
☐けが ()

上記で治療中の医療機関がございましたらご回答ください。

(病名：) (医療機関：)

5. 現在、飲んでいる薬はありますか。 ☐あり ☐なし

(お薬手帳の持参 ☐あり ☐なし)

お薬手帳の持参がない場合、下記にご記入下さい。

【裏面に続きます】

6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐ある 薬（ ）食べ物（ ）

7. 心臓ペースメーカーを使用されていますか？

☐いいえ ☐はい（医療機関名： ）

8. 喫煙について伺います。

☐もともと吸わない

☐禁煙した（ ）歳 それまでは（ ）本/日 を（ ）年間（ ）

☐喫煙中（ ）歳 から（ ）本/日（ ）

9. アルコールについてご回答ください。

☐飲まない ☐時々飲む（ ）回/月（ ） ☐よく飲む（ ）回/週（ ）

（ビール（ ）ml/回、酒（ ）合/回、焼酎（ ）ml/回、その他（ ）ml/回）

10. 女性の方のみご回答ください。

妊娠中ですか？ ☐いいえ ☐はい（ ）ヶ月（ ） ☐わからない 授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

11. 1週間以内に下記該当するものがありましたか？ ☐いいえ ☐はい

- ・発熱、風邪症状（鼻汁、のどの痛み等）
- ・自身が新型コロナ陽性で加療
- ・新型コロナ陽性者との接触

12. 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。

マイナ保険証を ☐持っている ☐持っていない

13. ケアマネジャーはいらっしゃいますか？

☐いいえ ☐はい ☐わからない

介護度（要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5）

14. 当院を何でお知りになりましたか？

☐ご家族 ☐お知り合い ☐他院より紹介 ☐看板 ☐ホームページ ☐SNS 等

☐その他（ ）