



田川内科医院 内科問診票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名

西暦
生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住所 〒

体温 (・ °C)

電話番号

緊急連絡先

(続柄:)

●本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

☐ 健康保険資格確認証 ☐ マイナンバーカードの健康保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。マイナ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いたします。

【1】今日はどうかさいましたか

＜かぜ症状＞ ・ 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節が痛い

＜全 身＞ ・ 身体がだるい ・ 節ぶしが痛い ・ 熱がある ・ 手足が冷たい

・ のぼせ感 ・ 手足がむくむ ・ 手足がしびれる ・ 蕁麻疹（じんましん）が出る

＜頭・目＞ ・ 頭痛が続く ・ めまいがする

＜胸＞ ・ 息が苦しい ・ 息がぜいぜいする ・ 息切れ ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 胸の圧迫感

＜お腹＞ ・ 腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 血便が出た ・ 便秘

＜慢性的な疾患＞

・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病

＜その他＞

・ 健診で異常を指摘された ・ 予防接種の希望

【2】症状はいつからですか

(月 日 時ころから)

【3】【1】で発熱と答えた方

○1ヶ月以内に海外に出かけたことはありますか。(ある ・ ない)

「ある」と答えた方 (場所)

○身近に同様の症状の方はいますか？ (いる ・ いない)

⇒いると答えた方 (どなたですか? :)

※2枚目もお願い致します。

【4】今までにかかった、または現在治療中の病気・けがはありますか。（あり・なし）

- ・高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・けいれん・てんかん・肝臓病
- ・腎臓病・不整脈・狭心症/心筋梗塞・脳梗塞・脳出血

その他

→治療されていますか？（している・していない）

※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

【5】ご家族が今までにかかった病気はありますか。（あり・なし）

- ・高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・けいれん・てんかん・肝臓病
- ・腎臓病・不整脈・狭心症/心筋梗塞・脳梗塞・脳出血

その他

【6】簡単な生活歴を教えてください。

- ・結婚（未婚・既婚・離婚・死別・その他：）
- ・職歴 在学中（高校・専門学校・大学（短大含む）・その他）
- 在職中（職業）・離職中

【7】たばこは吸いますか。

- ・現在、吸っている 1日 本くらい 歳から
- ・過去に吸っていた 1日 本くらい 歳から 歳まで
- ・まったく吸ったことがない。

【8】お酒は飲みますか。

- ・現在、飲んでいる。1週間に 回位、お酒の量は くらい 歳から
- ・過去に飲んでいて。1週間に 回位、お酒の量は くらい 歳から 歳まで
- ・ときどき飲む（おつきあい程度）
- ・まったく飲んだことがない。

【9】その他

ア・今までにかぜ薬や抗生物質（化膿止め）などで、じんましんや手足のしびれを起こしたことがありますか（はい・いいえ・不明）

イ・ぜんそく、じんましん、鼻アレルギー等の診断を受けたことがありますか（はい・いいえ・不明）

ウ・血縁のご家族、ご兄弟にアレルギー等の診断を受けたことがありますか（はい・いいえ・不明）

エ・抜歯やケガ等で局所麻酔注射を経験したことがありますか。（はい・いいえ・不明）

▶（女性の方のみ）現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？（はい・いいえ）

▶当院をお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答でも構いません。）

近所に在住（通勤・通学路）/ インターネット / 広告（駅地図広告・電柱広告）/ 家族・知人の紹介
他の医療機関からの紹介 / その他（）