

# こうけつ内科胃腸内科クリニック問診表

年 月 日

|                            |      |            |
|----------------------------|------|------------|
| ID                         | フリガナ | 性別( )      |
|                            | 氏名   |            |
| 生年月日 : 年 月 日 ( )歳          |      | 身長( )体重( ) |
| 住所                         | 〒    |            |
| 電話番号 : 自宅                  |      | 携帯         |
| 緊急連絡先 : お名前( )電話番号( )続柄( ) |      |            |

<マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか?>  
 はい  いいえ

<診察希望項目に☑をしてください。>

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>症状があるため診察希望。</b> (症状に○をしてください。) その症状はいつからですか? 月 日<br>腹痛・胃痛・便秘・下痢・食欲不振・嘔気・嘔吐・血便・頭痛・息切れ<br>排尿時の痛み・尿に血が混じる・むくみ(部位: )<br>その他( )   |
| <input type="checkbox"/> <b>検査希望</b><br><input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ<br>検査希望理由 : <input type="checkbox"/> 定期チェック <input type="checkbox"/> 気になる症状がある <input type="checkbox"/> その他( ) |
| <input type="checkbox"/> <b>紹介状持参</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>健診結果で指摘項目あり診察希望。</b>  |

- ❖ 今までに健診を受けたことはありますか? ( はい ・ いいえ )  
 また、健診で異常を指摘されたことがありますか? ( ある ・ ない )
- ❖ 医療機関で病気と診断されたり手術をされたことはありますか? ( はい ・ いいえ )  
 「はい」の方にうかがいます。 病名( )年齢( )  
 病名( )年齢( )  
 病名( )年齢( )
- ❖ 現在、お薬を内服されていますか? ( はい ・ いいえ )
- ❖ タバコは ( すう< 歳から1日 本> ・ 吸わない )
- ❖ お酒は ( 飲む< 歳から1日 ml> ・ 飲まない )
- ❖ 薬のアレルギーは ( ある <薬剤名 > ・ ない )
- ❖ 女性の方にお尋ねします。  
 妊娠中、妊娠の可能性は ( ある< 週> ・ ない )  
 現在、授乳中ですか? ( はい ・ いいえ )
- ❖ お薬の剤形で希望されるものはありますか? ( 特になし ・ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ )

☆お薬手帳、検査結果等お持ちでしたら問診表と一緒にお願いします

☆ 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務めています。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。