内科問診票

年　　月　　日

フリガナ		性別
氏名		男　・　女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	年齢　　歳
現住所	〒（　　－　　）	
電話		携帯

身長＿＿＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿＿＿kg　平熱＿＿＿＿＿＿℃（来院時　　℃）

1.マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。　□はい　□いいえ

2.他の医療機関からの紹介状をもっていますか。　□はい　□いいえ

3.本日受診した症状はどのような症状ですか。

4.いつ頃からですか。　　月　　日頃から

5.現在、3の症状のために、医療機関に通院していますか。
時期・医療機関名・治療内容等

6. 現在、処方されている薬はありますか。
（マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、直近1ケ月以内の処方を除き、記載を省略可能）
□はい（　　）　□いいえ

7. これまでにかかった病気に☑をしてください。
□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□心臓病　□脳卒中
□腎臓病　□がん　□緑内障　□その他（　　）

8. 日常生活についてお答えください。
・睡眠　□眠れる □眠れない
・喫煙　□なし　□あり　□やめた（　　才まで）（　　）本/1日
・飲酒　□なし　□あり　週（　　日）　種類・量（　　）
・ｱﾚﾙｷﾞｰ □なし　□あり（　　）

9. 妊娠していますか。　□している（　　ヶ月）　□していない

10. 女性の方：最終月経を教えてください。　最終月経　　月　　日～　　日間

12. このクリニックは何でお知りになりましたか。
□ホームページ　□会社が近隣　□自宅が近隣
□ご紹介（　　）　□その他（　　）

13.この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。
（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能）
□はい　受診時期　　指導事項等

□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。

医療法人順正会ヴェスタクリニック銀座
2023年3月20日