

内科外来問診票

記載日 令和 年 月 日

記入者：_____ 関係：_____

ふりがな：_____ 年齢： 歳 性別 男 女

お名前：_____ 職業： (_____)

住 所：_____

携帯番号： (_____) 自宅電話番号： (_____)

※ 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

※ この1年間に検診（会社健診、特定健診、高齢者健診等）を受けましたか？ はい いいえ

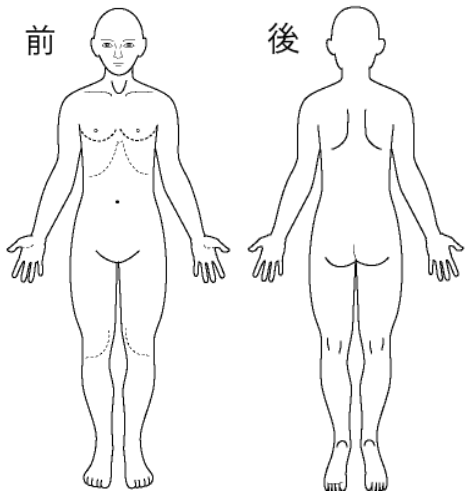
1. 今日はどういったことでこられましたか？ ☆紹介状持参 あり なし

(_____)

2. いつからですか？ (_____)

3. 症状に対しなにかされましたか？
悪くなっていますか？ 良くなっていますか？ 変化はありますか？ (_____)

(_____)



前 後

痛みの部位や気になる所を○で
囲んでください

4. 現在治療中のご病気はありますか いいえ はい（下記の病名に☑を付けてください）

高血圧 糖尿病 がん 腎臓病 脂質異常症 心疾患 リウマチ

整形疾患 胃腸疾患 泌尿器疾患 認知症 肝臓疾患 婦人科疾患

呼吸器疾患 その他 (_____)

5. 過去のご病気を教えてください なし あり (_____)

6. 内服中の薬はありますか？ なし あり (_____)

※ お薬手帳をお持ちの方は、先に受付にご提出ください。

7. 薬や食べ物のアレルギーはありますか なし あり (_____)

8. 喫煙は なし あり (本/日・年間) (_____) 年前まで吸っていた

9. 飲酒は なし あり (週 _____ 日) 種類 (_____ /1日量 _____ ml)

10. 女性の方へ 妊娠していない 妊娠している (妊娠 _____ ヶ月) 不明

最終生理開始日： (_____)

裏面の記入もお願いします

11. 現在、通院中の医療機関はありますか？ いいえ はい（下記に医療機関名をお書きください）
 はい（病院名： _____ 診断名： _____）
（治療法： お薬の内服 注射 リハビリ その他： _____）

12. その他、自由記載

[_____]

介護保険について、可能な限りご記入をお願いいたします

1. 介護保険を申請していますか？
 未申請 申請中：（申請医療機関名： _____）
 申請済（ 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当）
2. 介護保険を利用していますか？ なし あり（利用されている介護サービスを教えてください）
 通所サービス（ デイサービス（リハビリはしていない） デイケア（リハビリをしている））
 訪問サービス（ 訪問リハビリ 訪問介護（ホームヘルパー））
 その他サービス（ _____）
3. お住まいについて教えてください
 1人暮らし 配偶者と2人暮らし
 その他家族有り [_____]
4. 下記に該当があれば、ご担当者名、連絡先をお書きください
 ケアマネ： _____ 電話番号：（ _____）
 かかりつけ医： _____ 電話番号：（ _____）
 地域包括： _____ 電話番号：（ _____）
 生活保護ケースワーカー： _____ 電話番号：（ _____）

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。