

# ますだ内科クリニック・問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

生年月日（西暦） \_\_\_\_\_

年 月 日

住所〒 \_\_\_\_\_

電話（携帯）連絡先 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

（続柄： \_\_\_\_\_）

## マイナ保険証による診療情報取得について

## 同意する・同意しない

◆ 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。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

（初診）従来の保険証を利用する場合：4点 マイナ保険証を利用する場合：2点 （再診）加算なし

### 【1】今日はどうなさいましたか

＜かぜ症状＞ ・熱がある ・喉が痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 ・身近に感染症（インフルエンザ・コロナ・溶連菌・その他 \_\_\_\_\_ ）の方はいましたか（はい・いいえ）  
 ＜呼吸の症状＞ ・息苦しい ・息切れ ・ぜいぜいする ・胸の圧迫感  
 ＜その他＞（症状： \_\_\_\_\_ ）

### 【2】症状はいつからですか（ \_\_\_\_\_ ）（頃から）

### 【3】今までにかかった、病気や手術歴を教えてください

・高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎  
 ・肝臓病 ・腎臓病 ・脳卒中 ・狭心症/心筋梗塞 ・緑内障 ・前立腺肥大  
 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）  
 ・受けた手術（ \_\_\_\_\_ ）

### 【4】薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか（ はい ・ いいえ ）

→ はいの場合（薬の名前： \_\_\_\_\_ 食べ物： \_\_\_\_\_ ）

### 【5】現在、他の医療機関に通院していますか（ はい ・ いいえ ）

はい→（医療機関名： \_\_\_\_\_ 受診日： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_ ）  
 現在処方されている薬はありますか（ はい ・ いいえ ）

※お薬手帳などお持ちの方はお見せください

### 【6】この1年間で健診を受けましたか（ はい ・ いいえ ）

はい→（受診時期： \_\_\_\_\_ 指摘事項あれば内容： \_\_\_\_\_ ）

### 【7】生活歴を教えてください

・結婚歴：（未婚 ・ 既婚 ・ 死別 ・ その他 \_\_\_\_\_ ） ・同居の方（あり ・ なし \_\_\_\_\_ ）  
 ・職歴等： 在職中（職業 \_\_\_\_\_ ） ・無職 ・ 学生 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

### 【8】たばこは吸いますか

・吸わない ・吸う（1日 \_\_\_\_\_ 本位 \_\_\_\_\_ 歳から）  
 ・過去に吸っていた（1日 \_\_\_\_\_ 本位 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで）

### 【9】お酒は飲みますか ・飲まない ・飲む（1回に \_\_\_\_\_ を、 \_\_\_\_\_ mL位）（1週間に \_\_\_\_\_ 回位）

### 【10】身長・体重を教えてください（ \_\_\_\_\_ ）cm （ \_\_\_\_\_ ）kg

### 【11】その他

- ▶新型コロナワクチンを接種しましたか（ はい ・ いいえ ）
- ▶新型コロナ感染症にかかったことはありますか（はい：いつ \_\_\_\_\_ ・ いいえ \_\_\_\_\_ ）
- ▶（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 ）

