



(医)社団 百子会

やまな内科整形外科

内科問診票

記載年月日： 年 月 日

※他の医療機関からの紹介状がありますか？ いいえ はい（ご提示ください）

お名前	フリガナ	現住所	自宅電話： - -
			携帯電話： - -
	男・女	緊急連絡先	電話： - - (お名前 続柄) ※容態が急変された場合などに連絡します
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	(歳)

過去1ヶ月以内に県外・海外に行きましたか？ いいえ はい（いつ： 場所： ）

〃 県外・海外渡航者と接触がありますか？ いいえ はい（いつ： 場所： ）

輸血（血液製剤）を受けたことがありますか？ いいえ はい

現在、処方されている薬がありますか？ いいえ はい

過去1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか？ いいえ はい わからない

① 本日の症状についてお伺いします。

どのような症状が、いつ頃から始まりましたか？

[]

その症状について、他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい（医療機関名： ）

※その医療機関で、お薬の処方があれば、お薬の名称をご記入ください。

[]

② 今までに大きな病気や手術をされたことがありますか？ あれば古い順にお書きください。

いいえ はい（ ） 〈例〉15歳 肺炎

③ 現在、定期的に他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ はい（病名： 医療機関名： ）

ペースメーカーを装着されていますか？ いいえ はい わからない

④ 今までに、薬や食べ物で発疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい（薬品名： 食べ物： ）

⑤ 女性の方のみお伺いします。

妊娠中ですか？ いいえ はい（予定日： 年 月 日） 可能性あり

授乳中ですか？ いいえ はい

生理は？ 順調 不順 閉経（ 歳）

⑥ その他、何かお困りのことやご希望がありましたらご記入ください。

[]

当院は診療情報を取得・活用して質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報の取得のため、マイナンバーカードの利用にご協力お願いいたします。

マイナンバーカードによる診療情報の取得については、同意いただけない場合はお申し出ください。