(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	ﾌﾘｶﾞﾅ 男・女	現　住　所	 自宅電話：　　ー　　ー 携帯電話：　　ー　　ー
		緊急連絡先	電話：　　ー　　ー （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。
〈医療情報・システム基盤体制充実加算（初診）　加算１：４点　加算２：２点（情報を活用した場合）〉
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。