

記入日 2025 年 月 日

問 診 票

ID

ふりがな 氏 名 :	M F 回答せず	マイナ保険 証有・無
生年月日 : 昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 (歳)		お薬手帳 有・無
住所 : 〒 -		
電話番号 : () -		携帯番号 : - -
差支えなければ、緊急連絡先としての電話番号をご記入ください () - ご関係 ()		

※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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします
◇医療情報・システム基盤整備体制加算（初診時）加算 1（4 点）、加算 2（2 点—マイナ保険証を利用）

1) 本日はどの症状で来院されましたか？（最も重篤な症状に [] の中から一つ○をつけてください）

*いつから ⇒ 月 日 () から 来院時測定熱 °C
*痛み ⇒ [頭・喉・胸（心臓）・背中・腹・関節・全身] ※心電図・心臓超音波・レントゲン撮影有
*喉・鼻の症状 ⇒ [咳・痰・鼻水・鼻づまり] ※炎症反応の採血有
*おなかの症状 ⇒ [下痢・吐き気・便秘・便血] ※炎症反応採血検査・腹部超音波検査有
*尿の症状 ⇒ [残尿感・排尿時痛・頻尿] ※尿検査有
*全身の症状 ⇒ [体のだるさ・めまい・発疹]

2) 現在、他の病院・医院での治療中の疾病はありますか？

・いいえ ・ はい [病名] [薬]

3) 今までに入院や長期通院をした疾病はありますか？

・いいえ ・ はい [病名] [病院名]

4) 薬や食べ物でアレルギー反応は出ましたか？

・いいえ ・ はい [食べ物] [お薬名]

5) タバコやお酒について

*タバコ 吸わない 吸う 日 本 喫煙歴 年

*お酒 飲まない 飲む 週 回

6) 女性の方にお伺いします

*現在妊娠されていますか いいえ はい (週)

*現在授乳中ですか? いいえ はい

*最終月経日は? 月 日

7) 当医院をお知りになったきっかけは何ですか？

① 知人の紹介（差支えなければお名前その方のお名前）

② ホームページ③ その他 ()

8) インターネットの検索方法をお聞かせください～

①豊中市内科 ②循環器 ③糖尿病 ④呼吸器 ⑤胸痛 ⑥腹痛

⑦発熱 ⑧風邪症状 ⑨咳 ⑩痛み ⑪その他 ()

医療法人にしい内科クリニック

看護師使用欄

医師使用欄