

総合診療 問診票



袖ヶ浦メディカルクリニック
Sodegaura Medical Clinic

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号 携帯電話			

【 マイナ保険証をご提示の方へ 】

当院では診療情報の取得・活用により質の高い医療提供に努めております。
マイナンバーカードの健康保険証利用による 情報取得に同意しますか？

はい いいえ

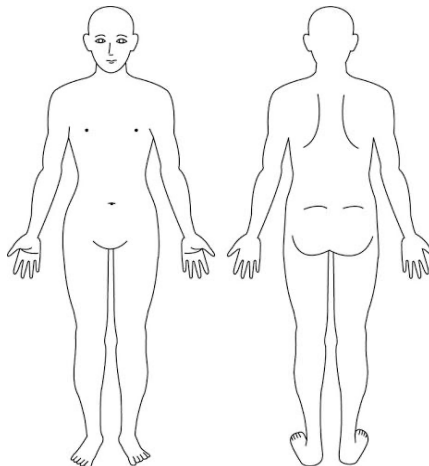
他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい いいえ

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 痛み・違和感（部位： _____ ）
- 熱（体温 ℃） 鼻水 咳・たん だるい めまい 吐き気 嘔吐
- 体重変化 下痢 便秘 血便 血尿 尿が近い 排尿時の痛み
- 食欲不振 飲み込みにくい 息苦しさ 動悸 のどが渇く 尿がもれる
- 血圧が高い・低い むくみ 手足に力が入らない 手足のしびれ 物忘れ
- けが・キズ 鼻血 不眠 いびき 健診結果の相談
- その他（ _____ ）

症状・けがのある部位に○をつけて下さい



裏面へ続きます→

症状はいつ頃からありますか？（ ）頃から

思い当たる原因、心当たり、その他何か心配なことがありましたらご記入ください。

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病
喘息 脳卒中 癌（部位 ）
その他（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？お薬手帳などあればご提出をお願いします。

あり（お薬名をご記入ください： ） なし

喫煙、飲酒について教えてください。

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間） 禁煙した

飲酒：飲まない 飲む（週 日）種類・量（ ）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

あり（ ） なし

ご家族（血縁のかた）に病気の方がいますか？

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 癌
その他（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中） いいえ

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他
（ ）

※ご協力ありがとうございました。

※問診票に記載された個人情報は、診察・健康管理以外の目的以外に使用致しません。