

# 問 診 票 (内科)

年	月	日	(ふりがな) お名前
---	---	---	---------------

以下の質問にお答えください。

(1) 来院理由 (いつ頃から、どのような症状がありますか?)

[ ]

(2) 既往歴はありますか?  あり  なし  
『あり』の場合 病名 ( )  
常用薬 ( )

(3) 薬に対するアレルギーはありますか?  あり  なし  
『あり』の場合 薬剤名 ( )

(4) 食品に対するアレルギーはありますか?  あり  なし  
『あり』の場合 食品名 ( )

(5) 最近の身長、体重を教えてください? 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

(6) 女性の方のみ  
現在、妊娠の可能性はありますか?  あり  なし  
最終生理 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

(7) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか?  はい  いいえ

(8) この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか?  
 はい  いいえ  
受診時期 ( ) 指摘事項 ( )

他の医療機関に通院していますか?  はい  いいえ  
医療機関名 ( )  
最終受診日 ( )  
病名 ( )

(9) 現在、処方されている薬はありますか?  はい  いいえ  
『はい』の場合 薬の名前 ( )

(10) 他の医療機関からの紹介状はありますか?  はい  いいえ

(11) <女性の方のみ> 現在、妊娠中または授乳中ですか?  はい  いいえ  
妊娠中の方 ( ) 週

ありがとうございました。  
プルメリア糖尿病内科クリニック