

内科問診票

フリガナ	(T・S・H・R)	記入	年	月	日
ご氏名	(才)	年	月	日	生
	性別 男 女				
ご住所 〒	TEL (自宅)	TEL (携帯)			
ご勤務先					

1 本日の来院の理由は？

- ① 健診結果の相談にきました（ 新町クリニックで受けた ・ 他院で受けた ）

*** 健診結果の相談に来た方は、裏面もご記入ください**

裏面

- ② その他のことで相談にきました

- ・どこの具合が悪いですか？

発熱・頭痛・めまい・腹痛・下痢・胸痛・その他（ ）

- ・いつからですか？ (年 月 日 ~ 年 月 日 頃)

- ・その他の来院目的

禁煙外来・睡眠検査・その他（ ）

2 現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方 病名は何ですか？（ ）

医療機関名 ()

お薬は服用していますか？（ ）

***お薬手帳お持ちの方はお見せください**

3 これまでに大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）

4 薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？ （ はい ・ いいえ ）

はいの方、何のアレルギーですか？（ ）

5 女性の方へ 最終月経日はいつですか？ 月 日 から 月 日 まで

現在の妊娠 (している ・ していない)

6 次の項目にご記入ください

- ① 身長 cm 体重 kg

- ② たばこ 吸う ・ 吸わない

- ③ アルコール 飲む ・ 時々飲む ・ 週に3～4回 ・ 毎日 ・ 飲まない

[ビール (本) ・ 焼酎割 (杯) ・ 清酒 (合) ・ その他]

- ④ 睡眠時間 平均 6 時間以上 ・ それ以下

- ⑤ 1日30分以上の歩行を週3日以上 ・ それ以下 or 適度な運動をしている ・ していない

7 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ （ 同意する・同意しない・マイナ保険証なし ）

8 他院からの紹介状はお持ちですか？ （ はい ・ いいえ ）

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おります。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

【スタッフ記入欄】（以下は記入しないでください）

- ・採血 採尿 ECG XP CT 骨密度 その他() → 診察

内科問診票 ② (健診結果による受診の方のみご記入ください)

ご氏名： 様 生年月日：(T・S・H・R) 年 月 日 (才)

1 健診内容についてうかがいます

- ・健診結果を持参していますか？： (はい ・ いいえ) はいの方→ (当院 ・ 他院)
- ・健診を受診したのはいつ頃ですか？： (年 月 日)

2 血液検査で「経過観察・再検査」になった方へうかがいます

項目はどれですか？該当項目にレ点☑をしてください

✓	項目グループ	代表的な採血項目
☐	脂質 (ししつ)	コレステロール・中性脂肪
☐	血糖 (けっとう)	血糖値・HbA1c
☐	肝 (かん) 機能	AST・ALT・γ-GTP
☐	膵 (すい) 機能	アミラーゼ
☐	腎 (じん) 機能	クレアチニン・尿素窒素・e-GFR
☐	尿酸 (にょうさん)	尿酸値(UA)
☐	貧血 (ひんけつ)	ヘモグロビン・鉄分
☐	炎症 (えんしょう)	CRP・白血球
☐	その他	内容をご記入ください：腫瘍マーカー・ピロリ菌陽性(除菌希望)等 ()

3 その他、血液検査以外で「経過観察・再検査」になった項目はありますか？

該当項目にレ点☑をしてください

☐	血圧	ご自宅での血圧(/)mmHg ・ 測定していない
☐	心電図	()
☐	尿検査	尿糖・尿蛋白・潜血・その他 ←いずれかに○をしてください
☐	便潜血検査	1 回陽性・2 回陽性 ←いずれかに○をしてください
☐	レントゲン・CT	胸部エックス線・骨密度・胸部 CT・大腸 CT ←いずれかに○をしてください
☐	その他	内容をご記入下さい：逆流性食道炎・腹部エコー検査・内科診察等 ()

4 本日のご希望と飲食について

本日のご希望：採血・採尿等の再検査を希望しますか？

- (① 医師の判断に任せる ・ いいえ) *①の場合は、検査結果が出るまでお時間をいただきます。

本日、お食事をしていますか？(飲水可)

- (はい ・ いいえ)

【 スタッフ記入欄 】 (以下は記入しないでください)

- ・ 採血 採尿 ECG XP CT 骨密度 その他() → 診察