あおもりベイクリニック

内科問診票

ＩＤ＿＿＿＿＿＿

ふりがな＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男性・女性　年齢＿＿＿歳

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご自宅電話番号＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿

生年月日 T・S・H・R　年　月　日　携帯電話番号＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿

ご住所 〒　－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※わかる範囲で、ご記入お願いします。

１.本日はどのような症状でご来院されましたか？

➢いつから？

➢どのように？

２.現在、他院で診療を受けたり、治療中の病気はございますか？

□いいえ

□はい　→　高血圧　糖尿病　心臓病　肝臓病　腎臓病

喘息　高脂血症　その他　（　　）

３.現在服用中のお薬はございますか？

□いいえ　□はい　→　お薬手帳をお出し下さい

〔　　〕

４.今までにお薬や注射（麻酔・造影剤など）、食物などでアレルギー症状や体調不良はございましたか？

□いいえ　□はい〔原因・症状など　　〕

５.お酒をお飲みになりますか？

□いいえ　□はい　（1日＿＿＿本　・　合　・　杯　）　・　機会飲酒

６.タバコはお吸いになりますか？

□いいえ　□はい　（1日＿＿＿本　・　喫煙歴＿＿＿年　）

７.現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか？

□いいえ　□はい　（現在＿＿＿＿週目　）

８. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

□いいえ　□はい

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算１　４点　　加算２　２点（マイナ保険証を利用した場合）

※ご興味のある検査や自由診療はございますか？

〔骨密度測定　マンモグラフィ検査　血管年齢測定
オープンMRI　各種ビタミン点滴〕

※ご記入ありがとうございました。

ご記入頂きましたこの問診票の個人情報は診療録（カルテ）と同様に厳正に管理されます