体温　　ご本人：

受付番号＿＿＿＿＿＿　　ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　付添の方：＿＿＿＿＿＿

問診票(内科)

(ふりがな)

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　（男・女）

明・大・昭・平・令

生年月日：西暦　　年　　月　　日　生（　　歳）

〒　　－

ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先(自宅)　　—　　—

(携帯)　　—　　—

紹介状　□あり　□なし

マイナ保険証に同意　□あり　□なし

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

その症状はいつからですか?

2) 現在、治療中のご病気はありますか？

なし　・　あり　（詳細：　　）

※ありの場合、かかっている病院名を教えてください

（病院名：　　）

現在、内服中のお薬はありますか？

※マイナ保険証による情報提供に同意した方は直近１カ月以内の処方薬を除き記載は不要です

なし　・　あり　（詳細：　　）

3) お薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？

なし　・　あり　（詳細：　　）

4) 今までに病気になったり、手術を受けたことがありますか？

なし　・　あり　（病名：　　）

5) 【女性の方へ】現在妊娠の可能性はありますか？　なし　・　あり

現在授乳中ですか？　なし　・　あり

6) この１年間に特定健診または高齢者健診を受けたことはありますか？

※マイナ保険証による情報提供取得に同意した方は記載の省略可能です

なし　・　あり