

## 内科初診患者様問診票

かどた内科ハートクリニック

記入日 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和		
お名前				年	月	日生(歳)
ご住所	〒 (自宅TEL.) (携帯)					
身長 cm	体重 kg	腹囲 cm	体温 °C	BMI		

①どこがお悪いですか？（困っている症状をご記入ください）

・いつからですか？・今日・昨日・2~3日前・1週間前・それ以外【】

②今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ない 高血圧症 不整脈 狭心症・心筋梗塞脳梗塞・脳出血 糖尿病 その他【】

③今までに手術をされたことは、ありますか？

ないある 【手術名：】④現在服用しているお薬はありますか？（お薬手帳 ある ない）ないある 【お薬の名前：】

⑤お薬で発疹や下痢などの症状（薬剤アレルギー）が出たことはありますか？

ないある 【お薬の名前：】

⑥タバコを吸いますか？

はい 1日約 本(歳～)以前は吸っていた 1日約 本(喫煙期間 歳～ 歳)いいえ

⑦お酒を飲みますか？

はい (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー) を1日あたり m | ぐらいいいえ⑧・いびきが大きいと感じることがありますか? はい 人から指摘されたことがあります いいえ・日中の眠気を感じることがありますか? はい 人から指摘されたことがあります いいえ・明け方の頭痛がありますか? はい いいえ

⑨【女性の方のみ】 妊娠している可能性はありますか？

ない ある⑩当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意されますか？ はい いいえ

当院では、患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。

ご提供いただいた情報等は、医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。