

# 内科 問診票

ID 番号:

20 年 月 日

ふりがな

お名前:

性別: 男・女・その他

- ・ 今日はどうされましたか?

( )

- ・ 現在、他の医療機関での通院はありますか?

はい / いいえ

はいと答えた方は以下の質問にお答え下さい

医療機関名:

病名:

処方薬剤:

紹介状: あり / なし

- ・ 今までにかかった病気や手術などがあれば教えてください

( )

- ・ 薬や食べ物のアレルギー あり ( ) / なし

- ・ 喫煙 あり ( 本/日 ) / なし

- ・ 飲酒 あり ( ml/日 ) / なし

- ・ 妊娠の可能性 あり / なし

- ・ 1年以内に健康診断（特定健診または高齢者健診）を受けられましたか?

はい / いいえ

- ・ その他、何かあればご記入ください

( )

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

ご協力ありがとうございました



整形外科・内科・リハビリテーション科・スポーツ整形  
よしおかクリニック

副院長: 吉岡美香