

内科予診票（高校生以上）

ふりがな				
お名前	男 女	生年月日	年 月 日	(歳)
記載者	(続柄)	記載日	20 年 月 日	

★診察を希望される方へ★

現在、以下の病気にかかっている、またはそう思われる場合は○をつけて受付か電話（0568-81-2620）でお知らせください

はしか・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ・手足口病・プール熱・結核・百日ぜき
インフルエンザ・RS ウイルス感染症・新型コロナ・発疹ができた

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ はい ※必ずご記入ください
原因と症状→（前回受診時と同じです / ）

現在、他の医療機関に通院していますか？ いいえ はい
医療機関名（ ）受診日（ ）治療内容（ ）

現在、服用中の薬やサプリはありますか？ いいえ はい ※必ずご記入ください
お薬手帳があります / ありません→薬剤名（ ）処方日（ ）

処方はどちらを希望されますか？ 院内処方 院外処方 ※ご希望に添えない場合があります

現在、妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい（ ）

最後に食事をしたのはいつですか？ 本日 昨日 （ 午前・午後 ）時ごろ

本日の体温： 度 分 （ 時 分ごろ）	体重： kg	血圧： /
--	-------------	------------

今日はいかがされましたか？ ○をつけてください

前回の続き 定期受診 お薬継続 検査結果を聞きに来た 診断書 健康診断 乳児検診 予防接種
発熱 せき 鼻汁 のどが痛い 呼吸困難 不機嫌 頭痛 おう吐 下痢 腹痛 便秘 発疹
めまい しびれ けいれん ぜん息 花粉症 アレルギー 健診で再検査が必要と言われた
その他（ ）

その症状はいつからありますか？ どのような経過ですか？ なるべく詳しくお書きください

初診時間診票（できるだけ詳しくお書きください）

現住所 〒	電話番号（緊急連絡先）
<p>【予防接種について】 今までにすませた予防接種に○をつけてください 水痘帯状疱疹（ 1回目 2回目 ） 子宮頸がん（ 1回目 2回目 3回目 ） 肺炎球菌（ 1回目 2回目 3回目 追加 ） おたふくかぜ 新型コロナ（今季）（ ）回 インフルエンザ（今季）（ ）回 その他</p> <p>【生活習慣について】 ご職業（ ） タバコを吸いますか？ いいえ 過去に吸っていた 吸っている （ ）歳から（ ）歳まで1日に（ ）本 お酒を飲みますか？ いいえ 過去に飲んでいて 飲む （ ）歳から（ ）歳まで 1回に（ ）を（ ）くらい 頻度は ほぼ毎日 週2～3回 それより少ない</p>	<p>【今までかかった病気について】 次のうちすでにかかった病気に○をつけてください みずぼうそう おたふくかぜ 高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 脳卒中 肺炎 がん 精神疾患 胃腸の病気 その他大きな病気（ ） 入院したり手術を受けたことがあればお書き下さい 病名（ ）時期（ ）治療内容（ ）</p> <p>【家族歴について①】 家族や血のつながった親戚の人が次の病気にかかったことがありますか いいえ 心疾患 けいれん 結核 先天疾患 がん（ ） 喘息 薬疹 アレルギー（ ） その他（ ）</p>
<p>【家族歴について②】 ご両親の健康状態について教えてください 父（ ）年（ ）月（ ）日生まれ（ ）歳健康・（ ） 母（ ）年（ ）月（ ）日生まれ（ ）歳健康・（ ） 同居家族の人数を教えてください 本人を含めて（ ）人 お子様がいいらっしゃる場合は人数を教えてください （ ）人</p>	

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）

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ ※必ずご記入ください

「いいえ」と回答された場合は次の質問にお答えください

この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ はい いいえ

受診時期（ ）指摘事項（ ）

当院をどのようにお知りになりましたか？さしつかえなければ教えてください

家族や知人の紹介 インターネット（Google 病院情報サイト その他）
 通りがかり 看板 広告（ ） 他院からの紹介（ ）
 その他（ ）

その他伝えておきたいことがあればご記入ください