

問診票（初診の方）

令和 年 月 日

大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック

ふりがな	男性	生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日
お名前	女性	年齢： 歳 / 身長 cm / 体重 kg
ご住所〒（ - ）		電話番号（ - ） 携帯電話（ - ）

- ・マイナ保険証を利用した診療情報の取得にご同意いただけますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ・過去1年間に特定健診もしくは高齢者健診を受診しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ

以下の項目について、お分かりになる範囲で☐にチェックを入れてください。

① 今日の症状または受診理由を教えてください（複数可能です）

- ☐ 熱がある(最高体温： 度) ☐ のどが痛い ☐ 鼻水 / 鼻づまり ☐ くしゃみ
- ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 息苦しい ☐ 胸が苦しい ☐ 胸が痛い ☐ 動悸 / 脈の乱れ
- ☐ お腹が痛い ☐ 下痢 ☐ 便秘 (日) ☐ 食欲がない ☐ 胸やけ ☐ 吐気 ☐ 嘔吐
- ☐ 頭が痛い ☐ めまい ☐ 立ちくらみ ☐ ふらふらする ☐ 皮膚の異常
- ☐ 関節が痛む(特に ☐ 手 ☐ 足 ☐ 腰 ☐ 肩 ☐ 膝 ☐ 他の関節) ☐ かかりつけ医の変更希望
- ☐ 睡眠時無呼吸の相談 ☐ 健康診断の結果相談 ☐ 禁煙治療の希望 ☐ その他 ()

② 当院をお知りになったきっかけを教えてください（複数回答可）

- ☐ 当院の前を通過して看板を見た ☐ 薬局 横の看板 ☐ ホームページを見た
- ☐ 家族・知人から聞いた(その方のお名前：) ☐ 家族が当院へ通っている
- ☐ SNSで見た ☐ その他 ()

③ これまでにかかったことがある、または治療中のご病気を教えてください

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 痛風(高尿酸血症) ☐ 心臓病 () ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病()
- ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ 喘息 ☐ アレルギー ☐ 血液疾患 () ☐ 結核(いつ頃： 年前)
- ☐ 手術 () ☐ がん () ☐ その他()

④ 定期的に飲まれているお薬や漢方、サプリメントはありますか？（お薬手帳をご提示いただければ記入は不要です）
()

⑤ 飲み薬や注射で体調が悪くなったことはありますか？ ☐ ない ☐ ある→(薬の名前：)

⑥ 食べ物のアレルギーはありますか？ ☐ ない ☐ ある→(具体的な食べ物：)

⑦ 日頃の生活習慣について教えてください

- ・喫煙されますか ☐ 全く吸わない ☐ 禁煙できた： 年前 ☐ 吸っている → 1日で 本 × 年間
- ・周りにタバコを吸う方はいますか？ ☐ いない ☐ いる → (☐ 父 ☐ 母 ☐ 同僚 ☐ その他)
- ・飲酒されますか ☐ 飲まない ☐ 飲んでいる → 1日あたり を 本くらい

⑧ ご家族の方がかかれた病気について教えてください

- 父： ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ がん ()
- 母： ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ がん ()
- 祖父母： ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ がん ()
- 兄弟： ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ がん ()

⑨ 今、一番心配なことや相談したいことがあれば教えてください。

※今日の受診理由でも、それ以外でも結構です。ご家族のことでも構いません。

()



ご協力ありがとうございました。

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。

正確な情報を取得する為、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。