

記入日：令和 年 月 日

済生会西条病院

患者番号：

氏 名：

内 科 問 診 票

1. 本日はどのような症状で病院に来院されましたか。

①いつ頃からありますか。 【令和 年 月 日頃】

②どのような症状ですか。

☐発熱（ °C） ☐頭痛 ☐鼻水 ☐のどの痛み ☐咳 ☐たん

☐関節の痛み ☐吐き気 ☐嘔吐 ☐下痢 ☐便秘 ☐食欲不振

☐めまい ☐ふらつき ☐腹痛 ☐身体がだるい ☐胸痛 ☐息苦しい

☐足が浮腫む ☐健診異常  異常のあった項目を教えてください

☐その他（具体的に記入してください） _____

2. とくに希望される検査はありますか _____

3. 食事はしていますか。 【 している ・ していない 】

4. 血縁者の方に 以下のような病気と診断された方はいますか 【 はい ・ いいえ 】

（ 父 ・ 母 ・ 子 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ）

※「はい」の方は 該当するものに  をつけていただき（ ）に続柄を記入して下さい

高血圧（ ） 糖尿病（ ） 心臓病（ ）

脳卒中（ ） が ん （ ）

がんの種類 

● お薬手帳を持参していますか 【 はい ・ いいえ 】

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。

マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか。 【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。