

札幌スポーツクリニック内科・心療内科問診票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ °C ご職業: _____

1. 今日はどうなさいましたか?

来院目的 治療・相談 注射・点滴 心療内科 健診 その他 (_____)

症状 ……発症日 (_____) から (_____)

痛み…部位 (_____) 発熱 (最高 _____ °C いつ 月 日)

倦怠感 咳・たん 鼻水・鼻づまり お腹の症状 (_____)

食欲がない はきけ・嘔吐 体重減少 むくみ 動悸 めまい 息苦しい

胸が苦しい 手足のしびれ 不眠 いらいら感 不安感 気分の落ち込み

その他 (_____)

2. 現在治療中の病気について

通院中の病院 内科 整形外科 耳鼻科 皮膚科 眼科 外科 婦人科
 心療内科・精神科 泌尿器科 その他 (_____)
 なし あり 病院名 (_____)

現在治療中の病名: (_____)

4. 過去に何か病気をされたことはありますか?

ない
 ある 病名 (_____)

5. アレルギーはありますか? ない ある

薬 (_____) 花粉症 (_____)
 食物 (_____) その他 (_____)

6. 現在定期的に飲んでいるお薬はありますか?

ない ある お薬の内容→ _____
 お薬手帳あり 携帯のアプリ

7. お薬についてご希望はございますか?

漢方薬 ジェネリック その他 (_____) なんでもよい

8. サプリメントや健康食品は摂取していますか?

していない している (_____)

9. 日頃の生活習慣についておたずねします。

◆タバコは吸いますか? 吸わない 吸う (1日 本 / 年間) 吸ったことがある (_____ 年前に禁煙)

◆お酒は飲みますか? 飲まない 飲む (種類 _____ / 1回量 _____ / 週 _____ 日)

◆運動習慣はありますか? なし あり (_____)

◆睡眠状況を教えてください (_____) 時頃就寝 (_____) 時頃起床 平均 (_____) 時間

10. 介護認定を受けていますか? なし 申請中 あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

11. 現在、妊娠中又は妊娠の可能性はありますか? なし あり (妊娠 _____ 週)

12. 半年以内に海外へ行かれたか? いいえ はい (国名: _____)

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? 同意します 同意しません

14. この1年間で健診を受診しましたか? はい (受診時期: _____ 指摘事項: _____) いいえ

15. 当院をどこで知りましたか? ホームページ 知人の紹介 その他 (_____)

***検尿**をお願いする事がありますので、お手洗いを利用される方はスタッフまでお声かけください。

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います。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。