

内科問診票

ID: _____

2026 年 月 日

受付時間: _____

フリガナ		性別	年齢
氏名		男女	
職業(例:自動車整備 事務作業)		お住まいの市町村	

1. いつ頃から具合が悪いですか？

- ☐ 本日 ☐ 2・3日前 ☐ 1週間前 ☐ 2週間前 ☐ 1か月前
☐ 2か月前 ☐ 6か月前 ☐ 1年以上前 ☐ その他()

2. 血縁者※の中に以下の疾患がある方は、該当する項目のチェックと括弧内に続柄の記載をお願いします。

※血縁者とは2親等(両親・兄弟・祖父母)までです

- ☐ 癌() ☐ 心疾患() ☐ 脳卒中() ☐ 関節リウマチ()

3. 1年以内に海外への渡航歴があり、発熱かつ呼吸器症状(風邪症状)を有する人と接触歴がありますか？

- ☐ はい :いつ頃ですか？() :行き先()
☐ いいえ

4. どのような症状ですか？

- ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 胸焼け ☐ 腹痛 ☐ 喀痰 ☐ 二次検診
☐ 背部痛 ☐ 食欲不振 ☐ 嚥下困難 ☐ 黄疸 ☐ 胸部不快感
☐ 心悸亢進 ☐ 胸痛 ☐ 全身倦怠感 ☐ 頭痛 ☐ 頭重感 ☐ 鼻水
☐ 咽頭痛 ☐ 吐血 ☐ めまい ☐ 血痰 ☐ 呼吸困難 ☐ 咳嗽・息苦しさ
☐ 下血 ☐ 発熱(, °C) ☐ 便秘(日) ☐ 下痢(回)
☐ その他()

5. 上記の症状で他院を受診しましたか？

- ☐ かかってない
☐ かかった 病院名()
 診断・治療内容()

6. 現在治療中の病気がありますか？

- ☐ いいえ
☐ ある 病院名() 病名()
 内服中の薬()

7. 今までにかかった事のある病気・手術を教えてください。

- ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 喘息 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病
☐ その他() 手術()

8. 薬物・食物にアレルギーがありますか？

- ☐ いいえ ☐ ある(具体的にお書きください)

9. 女性の方へお聞きします。

現在妊娠していますか？

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

10. マイナンバーカードの保険証利用による診療情報取得に同意しますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

11. (11.で「いいえ」と答えた方)1年以内に特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

- ☐ いいえ ☐ はい(受診時期・指摘事項をお書きください)

(・受診時期 ・指摘事項)