

問診票 みき内科・腎クリニック

記入日 年 月 日

フリガナ 氏 名		男 女	生年月 日	昭・平・令 年 月 日
住 所	〒			
電話番号	携帯：		自宅：	
身長（ ）cm 体重（ ）kg ※血圧測定後紙を受付にお渡しください				

1	他医療機関からの紹介状を持っていますか？			有 無
2	本日の受診の理由を教えてください（具体的に） 咳・発熱・のどの痛み・むくみ・尿がでない・血尿・尿をした後が痛い・血圧が高い その他（ ）			
3	症状はいつからですか？（ ）			
4	発熱	あり（ ）℃	／ なし	
5	現在、治療中の病気はありますか？	あり/病名（ ）	なし	
6	現在、飲んでる薬はありますか？	あり/薬品名（ ）	なし	
7	現在内服されているサプリメントがありますか？（ ）			
8	今までかかった病気、いまかかっている病気はありますか？○をつけてください 高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、がん、その他（ ）			
9	入院・手術をしたことがありますか？	あり いつ 年 月 頃 病名	な し	
10	薬、注射、食品でアレルギーがありますか？	あり（ ） 症状（ ）	な し	
11	お酒・たばこは1日どのくらいですか？	お酒1日（ ）合	たばこ（ ）本/日 歳～	
12	当院を受診されたきっかけは？	紹介 紹介者（ ）様 インターネット HP・近いから その他（ ）		

女性の方のみ

13	現在妊娠していますか？	はい（ ）か月	いいえ ・わからない
14	最終月経はいつですか？	月 日	閉経（ ）歳ごろ

マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください あり/なし 忘れた

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おります。

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お願いいたします。