

# 初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	(男・女)	ご住所			
		電話番号	自宅電話 / 携帯電話		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	体温 ℃	血圧 /	脈拍 回/分	
	( クリニック記入欄 )				

◎当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット・電柱広告・駅看板・ご家族・お知り合い・通りがかり・その他( )

◎本日はどうされましたか？

 風邪症状… 月 日から  熱がある  咳が出る  鼻水が出る  痰が出る  のどが痛い

 腹部症状… 月 日から  腹痛  吐き気  下痢  便秘  胃の調子が悪い

 胸部症状… 月 日から  胸痛  動悸  息苦しい

 その他の症状… 月 日から  頭痛  めまい  けがをした(部位 )

 肛門の症状… 月 日から  出血  痛みがある  膿が出る  腫れている

 皮膚症状… 月 日から  湿疹  かゆみ  痛みがある

 足の症状… 月 日( 年前)から  血管が目立つ  痛みがある  むくんでいる  冷え性

 検診・検査など…  健康診断  大腸がん  胃がん  骨粗しょう症  禁煙外来

ほかに症状のある方はこちらにご記入ください。( )

◎現在治療中の病気または過去に治療を受けた病気はありますか？ その際入院をしたことはありますか？

 なし  あり →  糖尿病  高血圧症  高脂血症  心臓疾患  肝臓疾患  腎疾患  脳疾患  ぜんそく  
 その他( ) 入院  なし  あり

 ◎現在他の医療機関に通院していますか？  いいえ  はい → 医療機関名( )

 前回受診日( ) 治療内容・薬名<sup>※1</sup>( ) 詳細はお薬手帳をご提示ください

 ◎この1年間で特定健診・高齢者健診を受診されましたか<sup>※2</sup>？

 いいえ  はい → 受診時期( ) 指摘事項( )

◎アレルギーはありますか？

 なし  あり → 薬名・食品名 ( )

◎手術をされたことはありますか？

 なし  あり → いつ頃( ) 病名(治療内容)( )

 ◎日常生活について ①飲酒  なし  あり (時々・毎日)

 ②タバコ  吸わない  吸う (1日 本 × 年間)

 ◎食事はされて来ましたか？  はい  いいえ

 ◎女性の方にお聞きます。  妊娠( )ヵ月  妊娠の可能性あり  授乳中

 ◎他の医療機関からの紹介状を持っていますか？  はい  いいえ

 ◎マイナ保険証による診療情報取得について  同意する

<sup>※1</sup> マイナ保険証による情報取得に同意したかについては直近1ヵ月以内の処方を除き、記載を省略可能 <sup>※2</sup> マイナ保険証による情報取得に同意したかについては記載を省略可能