

初診 問診票

ふりがな

名 前

生年月日

大正 昭和
平成 令和

年 月 日生

〒

-

(

歳

男

女

)

住 所

電 話 番 号

携帯番号

緊急連絡先

ご家族の
携帯電話番号等

(続柄)

勤 務 先

熱

℃

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

はい

いいえ

本日は他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい

いいえ

① どのようなことでおいでになりましたか？

熱がある 喉が痛い 痰が絡む 咳 鼻水 鼻閉 腹が痛い 下痢 吐気 嘔吐

健康診断でひっかかった 予防接種

その他()

それはいつ頃からですか？

() 頃から)

② 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ

はい→治療、投薬内容()

③ 今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

はい(病名)

いいえ

④ 現在治療中、服用している薬はありますか？

はい(病名) (病院名)

いいえ

※お薬の内容が分かればお見せください。(例:お薬手帳、薬剤情報提供書、薬の現物など)

⑤ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたり、注射を受けた後で、気分が悪くなったり、身体に発疹が出たりしたことがありますか？

はい (わかれば具体的に)

いいえ

⑥ この1年間に、特定健診および高齢者健診を受診しましたか？

受けていない

受けた(受診日: 年 月 指摘事項;)

⑥ 生活習慣についておたずねします

a アルコールは飲みますか？

b タバコを吸いますか？

c 喫煙歴はありますか？

はい

いいえ

はい(1日 本)

いいえ

はい(年前まで)

いいえ

⑦ 女性の方で、妊娠の可能性のある方や授乳中の方はお知らせください。

現在妊娠中(週)

妊娠の可能性あり

可能性なし

現在授乳中

お付き添いの方がご記入された場合ご関係を教えてください。

()

※ご家族で当院に通院中の方がいらっしゃいましたら教えてください。

()

当院は診療情報を取得・保有することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。