

初診問診票

（下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください）

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	明・大・昭・平		年 月 日生		
氏名			年 齡	歳	身 長	cm	体 重
住所 〒							
電話番号：() - 携帯番号： - -							

《体温》 _____ 度

・今日はどうされましたか？

いつ頃から()どんな症状()

・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ 【はい・いいえ】

・現在、治療中の病気はありますか？ 【はい・いいえ】

病名()

・現在、服用されているお薬はございますか？ 【はい・いいえ】

薬剤名()

・これまで大きな病気にかかったことがありますか？ 【はい・いいえ】

いつ頃()どんな病気()

・この1年間で健康診断を受けられましたか？ 【はい・いいえ】

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ 【はい・いいえ】

※保険証のみを提示された方は回答不要です

・お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ 【はい・いいえ】

名前()どんな症状がでますか？()

・(女性の方)現在、妊娠していますか？

妊娠中(現在 週) ・ 可能性がある ・ していない

・(女性の方)授乳中ですか？

はい(お子さん 才 ヶ月) ・ いいえ

・飲酒・喫煙はしていますか？

飲酒(約 ml/1日) ・ 飲まない
喫煙(約 本/1日× 年) ・ 禁煙した(年前) ・ 吸わない

・当院来院のきっかけを教えてください

知人から聞いて ・ ホームページ ・ 暮らしの便利帳

発熱相談センター ・ その他 _____