

ID：

初診問診票



（内科・外科・整形外科・脳外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・リハビリテーション科）

受付年月日 年 月 日

フリガナ 氏 名		☐ 男 ☐ 女	年齢 歳	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所	〒				
電 話 番 号	ご自宅 () -	携 帯 () -			
身 長	cm	体 重	kg	体 温	℃
海外渡航歴	☐ なし		☐ あり 最近の渡航国：		
※予約確認・変更等で連絡させて頂く場合がございますので、連絡がとれる連絡先をご記入ください					

◆ どのような症状ですか？

◆ 症状はいつからですか？

◆ 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

◆ 現在、他の医療機関に通院していますか

☐ はい ☐ いいえ

時期、医療機関名、治療内容等

◆ 現在服用しているお薬はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

◆ お薬手帳はありますか？（持参のない方は薬品名を記入してください）

☐ はい ☐ いいえ

（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）

薬品名：

◆ 今までにどんな病気をしましたか？

☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 胃腸病 ☐ 緑内障 ☐ 白内障 ☐ がん
☐ その他()

時期、医療機関名、治療内容等

◆ 今までに手術を受けられたことはありますか？

☐ はい ☐ いいえ

手術名(病名)： いつ頃：

◆ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入ください。（薬品、食物 等々・・・）

☐ はい ☐ いいえ

◆ アルコール

アルコールを飲みますか？

☐ はい ☐ いいえ

◆ たばこ

たばこを吸いますか。

☐ はい ☐ 過去に吸っていた

※喫煙歴のある方は記入ください

1日 本 喫煙年数 年間（ 歳頃～）

☐ いいえ

◆ （女性の方へ） 妊娠中または授乳期間中ですか。

☐ はい ☐ いいえ

☐ 妊娠中（妊娠 週） ☐ 授乳中

◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

☐ はい ☐ いいえ

◆ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

☐ はい ☐ いいえ

（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能）

受診時期、指導事項等

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います。
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をお願いいたします。