

問診票（初診）

※当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理致します。

★裏面もご記入お願い致します

ふりがな		男 ・ 女	生年月日（年齢）			
氏名	様		西暦	年	月	日 (満 歳)
住所	〒					
職業		電話				
同居人						

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

●風邪症状のある場合は体温測定をお願い致します。

現在の体温

下記の質問にご回答をお願い致します。 ★書ききれない分は診察時にお伺いします。

●マイナ保険証による診療情報取得にご同意頂けますか？

同意する ・ 同意しない

●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

紹介状なし ・ 紹介状あり（医療機関名

）

●本日の受診で相談したい症状についてご記入ください。

症状の内容：

発症時期：

経過：

●現在、他の医療機関に通院・治療中の病気があればご記入ください。

通院なし ・ 通院あり（ありの場合は医療機関名・受診日・治療内容を下記にご記入ください）

医療機関名

受診日

【治療内容】

- 甲状腺疾患
 糖尿病
 高血圧
 脂質異常症
 心疾患
 脳梗塞・脳出血
 消化器疾患
 腎疾患
 泌尿器
 精神疾患
 不眠症
 整形外科

その他（病名：

）

●処方されている薬はありますか？			
処方なし ・ 処方あり（ありの場合は薬剤名・用量・投薬期間を下記にご記入ください）			
（薬剤名	用量	投薬期間	）
★お薬手帳をご持参頂いた方はお預かりさせていただきます。			
●これまでに大きな病気にかかった事がありますか？（入院や手術を要する病気など）			
なし ・ あり（ありの場合は病名・時期・医療機関名・治療内容を下記にご記入ください）			
（病名	時期	医療機関名	内容）
●この1年間で健診（特定健診および高齢者検診に限る）を受診しましたか？			
受診なし ・ 受診あり（受診時期 指示事項）			
●これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？			
アレルギーなし ・ アレルギーあり（原因物質 症状）			
●喫煙についてご記入ください。			
喫煙歴なし ・ 禁煙した（ 歳頃） ・ 現在喫煙あり（ 日 本）			
●飲酒についてご記入ください。			
飲酒なし ・ 飲酒あり（頻度 種類・量）			
●現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみご回答お願いします）			
なし ・ 妊娠中（妊娠周期 週） ・ 授乳中（出産時期）			
●現在、月経はありますか？（女性のみご回答お願いします）			
閉経した（ 歳頃） ・ 月経あり（ 月経不順なし ・ 月経不順あり ）			
●ご家族・親族（血縁者）に下記の病気の方はいますか？			
<input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん			
●他にご相談したい診療内容がございますか？			
<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 自費注射・点滴 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
●その他、ご相談内容などご自由にご記入ください。			
●当院を何でお知りになりましたか？（医療機関からご紹介でご来院した場合はご記入不要です）			
<input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 紹介（紹介者のお名前： _____ ）			

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務めています。

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致します。

ご記入ありがとうございました（あきら内科）