

初めての方
再初診の方

問 診 用 紙

表面温度	度
付添者	度

(下記の項目に記入、または○でかこんでください)

※ クリニック内で検温したものを記入

ふりがな					性別	男 ・ 女		
お名前								
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	歳
ご住所	〒 () ー							
電話番号	() ー							

1. 具合の悪いところをおきかせください。(のどが痛い、鼻づまり、耳鳴りなど)

() 日前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前 頃から

具体的には…

○本日紹介状はお持ちですか？ () はい () いいえ ○小学生以下の方 体重 kg

2. 治療中もしくは指摘されている病気があれば○をつけてください。

高血圧 心臓病 喘息 緑内障 糖尿病 肝炎 胃・十二指腸潰瘍 その他 ()

3. 現在、病院などから処方されている薬はありますか？

() はい ⇒ お薬手帳をお見せください。
() 血液をサラサラにする薬はのんではですか？

() いいえ 病院名を教えてください ()

4. 過去に、薬の副作用の経験はありますか？

() はい ⇒ どのような薬ですか？ ()
() いいえ ⇒ どのような症状が起きましたか？(発疹・気分不良、)

5. たばこを吸っていますか？

() 現在吸っている ⇒ () 本/日
() かつて吸っていたことがある () 歳 ~ () 歳頃
() 吸った経験はない

6. お酒を飲みますか？

() 飲まない () 毎日飲む () 時々・付き合い程度

7. 女性の方にお聞きします。

妊娠の可能性はありますか？ (ある ない)、現在妊娠 () 週、授乳中

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。

▶本日マイナ保険証をご利用の方は、ご自分の診療情報取得に同意いただけますか？

() 同意する () 同意しない