

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