

--	--	--	--	--	--

初診問診票(内科) 受診日 西暦 年 月 日

身長 cm 体重 kg 体温 °C

フリガナ 氏名		男 女	年齢 歳	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒				
電話番号	携帯	御自宅【その他】			

◆マイナ保険証による情報取得に同意しましたか ・はい ・いいえ

◆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

今日はどんな理由で受診なさいますか

<風邪症状>	いつからですか ()
・熱 (°C) ・のどが痛い・鼻水/鼻づまり・咳・痰・息苦しい・頭痛・関節が痛い・寒気・だるい	
・吐き気、嘔吐、下痢・ その他 ()	
<風邪症状以外>	いつからですか ()
「消化器症状」 ・腹痛・胃の痛み・腹満感・胸やけ・食欲不振・便秘・血便	
「循環器症状」 ・血圧が高い・めまい・立ちくらみ・頭痛・胸痛・動悸 ・息切れ・顔や体のむくみ	
「その他」 ・尿が近い・排尿時の痛み・全身倦怠	
()	

健康診断・健診で異常を指摘された・予防接種 ()

プラセンタ注射・にんにく注射・その他 ()

- 現在他の病院・医院・クリニックに通院していますか ・はい ・いいえ
・医療機関名： ・受診日： ・病名・治療内容：
- 現在飲まれている薬がありますか ・はい () ・いいえ
※お薬手帳等ある方はご提示下さい(持参のない方は薬品名を記載してください)
- 今までかかった病気はありますか ・はい ・いいえ
・高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症・心筋梗塞・脳卒中・その他 ()
- いままで怪我や病気で入院、手術又は治療をしたことはありますか ・はい ・いいえ
時期、病名、医療機関、治療内容等 ()
- この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受診しましたか ・はい ・いいえ
- これまでお薬や注射、食品などでアレルギーをおこしたことがありますか
・はい () ・いいえ
- アルコールは飲みますか ・はい (・毎日 ・週に 回位 ・月に 回位) ・いいえ
- (女性の方のみ) ① 現在妊娠中ですか ・はい(妊娠週数) ・いいえ
② 現在授乳中です ・はい・いいえ
- 煙草は吸いますか ・はい (1日 本くらい) ・いいえ
- 当院に来院されたきっかけを教えてください・インターネット(クリニックホームページ・足立区トクターズ・トクターズファイル・その他)
・他医療機関の紹介・近所に在住、在勤、通学・家族が通院・知人の紹介・ その他 ()
- その他(医師に伝えたいことがあればお書き下さい)

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お願いいたします。