

初診問診票

/ No. _____

フリガナ _____

生年月日 西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和

氏名 _____ (男・女) _____ 年 月 日 (才)

未成年の場合：保護者氏名 _____ (続柄 父・母) 保護者TEL _____ - _____

〒 _____ 住所 _____

携帯 TEL _____ - _____ 自宅TEL _____ - _____

70才以上：独居 同居あり 家族氏名 _____ (続柄 _____) 家族TEL _____ - _____

①今日はどのような症状で来院されましたか

・熱がある ・倦怠感 ・のどが痛い ・鼻水 ・痰が絡む ・咳 ・息苦しい ・胸痛 ・腹痛 ・下痢 ・便秘
・吐き気 ・嘔吐 ・怪我 (_____) ・健診で要精査 ・紹介状持参 ・その他 (_____)

②いつごろからですか

・今日 ・昨日 ・2～3日前 ・1週間前 ・1か月前 ・その他 (_____)

③他の医療機関の受診歴はありますか (はい ・ いいえ)

・現在 ・過去に通院 ; 医療機関名 _____ 受診日 _____ / _____ 治療内容 _____

④この1年間で健診の受診歴はありますか (はい →受診日 ; _____ 指摘事項 ; _____ ・ いいえ)

⑤現在、内服中の薬はありますか (はい ・ いいえ)

処方薬 ・市販薬 薬品名 _____

⑥お薬手帳をお持ちですか (はい アプリ / 手帳→窓口へ _____ ・ 本日は未持参 ・ いいえ)

⑦薬や食品、その他などでアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

薬品名 ; _____

食品名 ; _____

⑧今までに病気・手術をしたことはありますか (はい ・ いいえ)

_____ 年 月頃 _____ 才 病名 _____ 手術名 _____

_____ 年 月頃 _____ 才 病名 _____ 手術名 _____

⑨今までに生活習慣病を指摘されたことはありますか (はい ・ いいえ)

はい の方 (・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症)

⑩新型コロナワクチンを接種したことはありますか (はい 最終接種日 _____ 回目 _____ 年 _____ / _____ ・いいえ)

⑪今までに新型コロナウイルスにかかったことはありますか (はい → _____ 年 月 日 ~ _____ ・いいえ)

⑫飲酒をされますか (はい ・時々 ・週1回 ・2～3日おき ・ほぼ毎日 _____ ・いいえ)

⑬煙草をすいますか (はい ・ いいえ)

はい の方 (_____ 本/日 を _____ 年間)

過去の喫煙 (_____ 本/日 を _____ 年間 _____ 年前にやめた)

⑭女性の方に伺います 現在、妊娠中ですか (・はい _____ カ月 ・可能性あり ・いいえ)

現在、授乳中ですか (はい ・ いいえ)

⑮当院に来院されたきっかけを教えてください

ホームページ ・紹介 (家族 ・職場 ・友人 _____) ・パンフレット ・広告 ・その他 (_____)

体温 _____ °C	血圧 _____ / _____	脈拍 _____	SPO2 _____ %	身長 _____ cm	体重 _____ kg
-------------	------------------	----------	--------------	-------------	-------------

●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

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 1 ; 4点 加算2 ; 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

◆診察をもって同意を得たものとさせていただきますのでご了承ください