

# 初診問診票

記入日 年 月 日

カルテ NO. \_\_\_\_\_

フリガナ	性別 男 ・ 女	生年月日 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才
氏名：		携帯電話： ( )
住所： 〒	電話番号： ( )	

下記の問いに該当するものに○を、または記入をしてください。

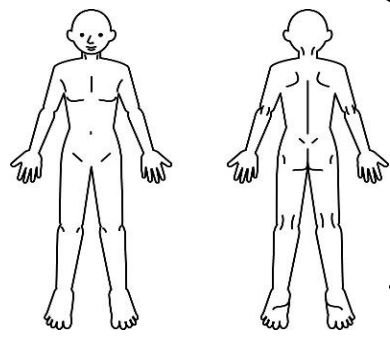
① どのような症状がありますか？

体温 \_\_\_\_\_ °C いつからですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろから / \_\_\_\_\_ か月前から / \_\_\_\_\_ 年前から

発熱 ( \_\_\_\_\_ °C) ・ 頭痛 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 咳  
のどの痛み ・ 痰がらみ ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢  
便秘 ・ 血圧が高い ・ 健診での異常 ・ 息切れ  
動悸 ・ 物忘れ ・ 不眠 ・ 花粉症  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

けが ・ 関節痛 ・ かゆみ  
発疹 ・ いぼ

具合の悪い部位に○をつけてください



② 現在かかっている病気はありますか？

はい [ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ 甲状腺疾患 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 慢性すい炎 ・ 胃潰瘍 ・ がん ・ 呼吸器疾患 ]  
今飲んでいるお薬 [ \_\_\_\_\_ ]  
いいえ

③ 今までにかかった大きな病気、手術、入院したことはありますか？

はい [ 病名： \_\_\_\_\_ / いつ頃 \_\_\_\_\_ ]  
いいえ

④ アレルギーはありますか？

はい [ 薬 ・ 食べ物 ・ その他 \_\_\_\_\_ / どのような症状が出ましたか \_\_\_\_\_ ]  
いいえ

⑤ 嗜好品 タバコ (一日に \_\_\_\_\_ 本吸う / 吸わない) アルコール (一日に \_\_\_\_\_ 合 / 飲まない)

⑥ 女性の方 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊娠されていますか？ はい [ \_\_\_\_\_ ] 月 ・ いいえ  
妊娠の可能性がありますか？ はい ・ いいえ  
授乳中ですか？ はい ・ いいえ

⑦ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい ・ いいえ

⑧ 当院へお越しいただいた理由

ご家族からの紹介 / 知人 ・ 友人からの紹介 / 看板をみて / インターネットで検索 / 当院のホームページ

ご記入いただきました情報は診療に必要な範囲にのみ使用し、当該利用目的以外には使用いたしません。  
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療のご提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。