

初診問診票

この問診票は個人情報保護法に基づき、診察・検査・治療方針の決定以外で利用することはありません。

ID () 記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)
住所	〒 -		
自宅電話	()	緊急連絡先	氏名 続柄()
携帯電話	()		電話番号 ()
<input type="checkbox"/> 工作中的の負傷 勤務先		連絡先 ()	
<input type="checkbox"/> 交通事故 ()			
・「マイナ保険証」を利用されますか。 (はい・いいえ) ・はいの方は診療情報取得に同意しますか。 (はい・いいえ)			
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。			

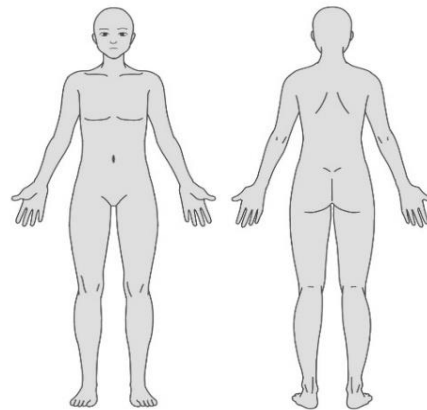
※事務処理欄：外科・整形外科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・内科・内分泌代謝科・消化器内科・婦人科・脳神経内科

① いつから、どのような症状がありますか（紹介状をお持ちの方は記載不要です）

症状： ()

いつから： ()

症状がある部位に○をつけてください。



・この症状について他の医療機関を受診しましたか
はい・いいえ

・病院名・医師名
()

② 以下の内容について、差し支えない範囲でご回答をお願いいたします。

● 今までにかかった大きな病気や手術はありますか (はい・いいえ)

年齢/時期	医療機関名	病名・手術名

● 現在通院している医療機関はありますか (はい・いいえ)

いつから	医療機関名	病名

● 現在服用しているお薬はありますか (はい・いいえ)
はいと答えた方： お薬手帳のご提示をお願いいたします。

● アレルギーはありますか (はい・いいえ)

種類	詳細	症状
<input type="checkbox"/> 食べ物		
<input type="checkbox"/> 薬品		
<input type="checkbox"/> その他		

※裏面のご記入もお願いいたします。

- お酒は飲みますか はい ・ いいえ

飲酒頻度	種類	
() 回/週	<input type="checkbox"/> 日本酒 1日あたり () ml位	<input type="checkbox"/> 焼酎 1日あたり () ml位
	<input type="checkbox"/> ビール 1日あたり () ml位	<input type="checkbox"/> ワイン 1日あたり () ml位
他:		

- タバコは吸いますか はい ・ いいえ やめた () 歳ころ

本数	() 本 / 日	喫煙年数	() 年間
----	-----------	------	--------

- 便は出ていますか はい ・ いいえ

最終排便日	月 日	下剤の使用	あり ・ なし	色	茶色 ・ 黒色 ・ 赤色
便の状態	普通 ・ 硬い ・ 柔らかい ・ 下痢便				

- 検診は毎年受けていますか はい ・ いいえ

病院受診歴	あり (年 月頃) 病院名: ()
	なし (今回初めて指摘された)

- 血縁の方でかかった病気があれば教えてください

病名	続柄	病名	続柄	病名	続柄	病名	続柄
<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 心疾患		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	
<input type="checkbox"/> 喘息		<input type="checkbox"/> 肝疾患		<input type="checkbox"/> 腎臓病		<input type="checkbox"/> 胃・腸の病気	
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患							

- ご自身の病気について病名を知りたいですか はい ・ いいえ

③ 65歳以上の方は下記の内容についてご回答をお願いいたします。

- 介護認定を受けていますか はい ・ いいえ

介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)
事業所名	
担当ケアマネ	

④ 女性の方は下記の内容について差し支えない範囲でご回答をお願いいたします。

- 現在妊娠中あるいは妊娠している可能性はありますか はい ・ いいえ
- 現在授乳中ですか はい ・ いいえ

⑤ その他、気になる症状や不安なことがあればご記入ください。