

初診問診票

マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証利用)をお持ちの方は※の項目は記入不要です。

受付年月日 年 月 日

フリガナ氏名	□男 □女	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
住所	〒 (アパート・マンション名:)		
電話番号	() -	携帯番号	() -
身長	cm	体重	kg
海外渡航歴	□なし □あり 具体的に()		
マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか?		□はい □いいえ	
◆ 今日どのような症状で受診されますか? (どこが・どのように)			
◆ その症状はいつからですか?			
◆ その症状が出るきっかけ(原因)はありますか?			
◆ その症状で他院を受診したことがありますか?		□はい □いいえ	
「はい」の方 病名() 治療内容()			
◆ その他の受診理由(該当するものに○)			
健康診断異常・がん検診異常・検査の希望(希望する検査内容:) その他()			
◆ 今までにどんな病気やケガをしましたか?			
□ 高血圧 □ 糖尿病 □ 高脂血症 □ 痛風 □ 心臓病 □ 腎臓病 □ 肝臓病 □ 胃腸病 □ 緑内障 □ 白内障 □ 脳卒中 □ がん □ アレルギー(ぜんそく・花粉症・アトピー) □ その他()			
◆ 上記の病気になった(ケガをした)のはいつ頃ですか? (〇〇年、〇〇年前、〇〇歳のとき)			
◆ 今までに手術を受けたことがありますか?		□はい □いいえ	
「はい」の方 病名() いつ頃()			
◆ 現在服用しているお薬はありますか?※		□はい □いいえ	
「はい」の方 お薬の名前()			
◆ 健康診断を受けていますか?※		□はい □いいえ	
「はい」の方 特定健診・高齢者健診・職場の健診・その他 いつ頃()			
◆ アレルギーはありますか?		□はい □いいえ	
「はい」の方 具体的な食品・お薬()			
◆ お酒	お酒を飲みますか?		□はい □いいえ
	「はい」の方 お酒の種類: どのくらい飲みますか: 1日 ml / 杯 / 本 / 合・ □ 毎日 □ 週に 日 □ たまに		
◆ タバコ	タバコを吸いますか?		□はい □ 過去に吸っていた □ いいえ
	「はい」「過去に吸っていた」の方: 1日 本・喫煙年数 年間(歳頃~)		
◆ (女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか?			
□ 妊娠中(妊娠 週) □ していないが希望あり □ 授乳中 □ いいえ			
◆ そのほか希望事項などがありましたらご記入ください			

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(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です)。正確な情報を取得するため、2024年秋のマイナ保険証への一本化に向けて、ご協力をお願いいたします。ご記入いただき、ありがとうございます。