

# 問診票（初診）

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

ふりがな（ お名前（ 性別（男・女） 血液型（ 生年月日 T・S・H・R 年 月 日（ 住所（〒 - ） （ 連絡先：電話（ - - ） 携帯電話（ - - ） 身長（ ）cm 体重（ ）kg 利き手（右・左） 喫煙： しない ・ 禁煙した→（ 才頃） ・ する→（1日平均 本）（ 才～） 飲酒： しない ・ する→（週に 回、1日に〔種類〕 を 本/合）
--

☆当院を来院されたきっかけとして、あてはまる項目に○をつけて下さい。（複数可）

- ・ 他医療機関からの紹介（紹介状→ あり ・ なし） ・ 知人、友人ご紹介
- ・ ご家族が通院中 ・ 看板 ・ 自宅、職場から近い ・ 当院ホームページ
- ・ インターネットの医療機関紹介サイト ・ その他（ ）

●今までの既往歴について、あてはまる項目に○をつけ、（ ）には詳細を記入して下さい。

- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
- ・ B型肝炎、C型肝炎 ・ 胃潰瘍 ・ 不整脈 ・ 心疾患（ ）
- ・ 梅毒 ・ 癌（ ） ・ 精神科疾患（ ）
- ・ その他（ ）

●入院歴、手術歴はありますか？

なし ・ あり → 病名（ ） 病院名（ ） 時期（ ）

●現在、飲んでいるお薬はありますか？\*お薬手帳をお持ちの方は、お薬名の省略可

なし ・ あり → 薬の名前（ ）

●アレルギーはありますか？

なし ・ あり → 薬剤（ ） 食べ物（ ） その他（ ）

★本日の来院目的について、あてはまる項目に○をつけて下さい。

- ・ 診察 ・ 検査（採血、レントゲン、心電図、胃カメラ、大腸カメラ、超音波検査）
- ・ 健康診断 ・ 往診の相談 ・ 禁煙外来 ・ 漢方外来 ・ エピペンの処方
- ・ その他（ ） \*自費診療 → ・ 薄毛治療 ・ ED治療

◎診察希望の方は、あてはまる項目に○をつけ、（ ）には詳細を記入して下さい。

時期：今日（ 時頃～） ・（ ）日前 ・（ ）週間前 ・（ ）年前

- 症状：発熱（ ）℃ ・ 頭痛 ・ 咳、たん ・ のどの痛み ・ 鼻水、鼻づまり
- ・ だるい ・ 食欲不振 ・ お腹が痛い ・ 吐き気、嘔吐（ 回） ・ 下痢（ 回）
  - ・ 下血 ・ 便秘（ 日間） ・ 胃が痛い ・ 胸焼け ・ 息切れ ・ 息苦しい
  - ・ 胸が苦しい ・ 胸が痛い ・ ドキドキする ・ 脈が乱れる ・ むくみ ・ 頻尿
  - ・ めまい ・ ふうつき ・ じんましん ・ 不眠 ・ その他（ ）

★女性の方のみおたずねします。あてはまる項目に○をつけて下さい。

- 妊娠中ですか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい（            週目）
- 授乳中ですか？ いいえ ・ はい（お子様の月齢 →            才    か月）
- 生理はありますか？ はい ・ いいえ ・ 閉経した（            才頃）

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）

加算1=4点 加算2=2点（マイナ保険証を利用した場合）