

【初診問診票】

受診日

ID

フリガナ			T・S・H・R・西暦		年	月	日生
氏名	男 女		身長	cm.	体重	kg	(満 歳)
現住所	〒 -		電話番号: () - 携 帯: () -				
職業		勤務先 又は 緊急連絡先	電話番号: () -				

いつから:

どこが:

どうした:
(症 状)

思い当たる原因:(病気・けが・不明・交通事故・労災・被害・他())

今回の症状で他の病院には行われましたか?(はい・いいえ)

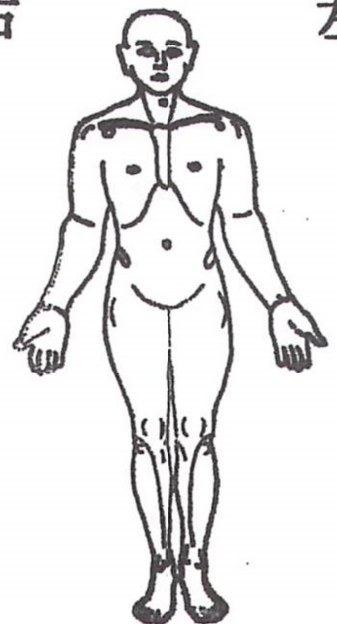
★紹介状、お薬手帳、画像や採血データなどお持ちなら提出下さい。

☆マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか?(はい・いいえ)

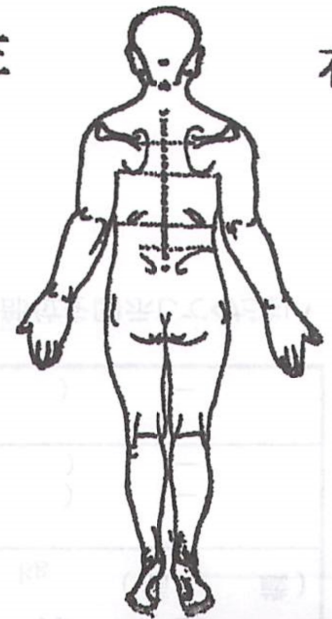
[当院へ提供される診療情報: 1ヶ月以上前の処方薬、高齢者健診、特定健診]

★ 症状のあるところに、図示して下さい。

右 左



左 右



● 大きな病気やけがをしたことがありますか? [ない・ある]

いつ頃、どんな病気またはけが? 入院、通院など

● 現在、治療中の病気がありますか? [ない・ある]

病名、状態など (高血圧症、糖尿病、高脂血症…)

● 現在、服用中の薬がありますか? [ない・ある]

薬品名:

● アレルギーをおこした ことはありますか? [ない・ある]

薬、食べ物、麻酔、アトピー、花粉症、喘息など その時の症状は?

● 喫煙: 本/日 飲酒:しない・する(時々、毎日) 妊娠(はい・いいえ・?)

● その他、気になることやご希望があればご記入ください。

例:検査を希望、注射はいやだ、薬は飲みたくない、おまかせ、など

▼ 当診療所を何でお知りになりましたか? 紹介 ()、インターネット、他()

体温: °C 血圧: / 脈拍 (整・不整) SpO2 %

はせがわ診療所