

初診問診票

記入日 年 月 日

カルテ No.

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

※マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか? (はい / いいえ)

※他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (はい / いいえ)

※40歳以上の方へ
この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか? (はい / いいえ)

① 今日はどうなことで来院されましたか?

月 日 頃より 体温 _____ °C
発熱・頭痛・腹痛・鼻水・鼻づまり・咽頭痛・咳・嘔吐・下痢

② 今回、特に受けたい検査や処置がありますか? (はい / いいえ)
【はいの方】(内容: _____)

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか? (はい / いいえ)
【はいの方】 現在処方されているお薬はありますか?
(はい [薬名: _____] / いいえ)

④ 今までにかかった大きな病気、入院したことはありますか? (はい / いいえ)
【はいの方】(病名: _____)

⑤ 今までに体に合わない薬はありましたか? (はい / いいえ)
【はいの方】 薬名: _____
どのような症状が出ましたか? (_____)

⑥ 苦手な薬の形、種類はありますか? (錠剤・カプセル・粉・漢方・坐薬・何でも飲める)

⑦ 女性の方へ 現在妊娠していますか? (はい 月 / いいえ)