

初 診 問 診 票 (予約)

当院記入欄	(体温	℃	血圧	脈拍	SpO2	)
-------	------	---	----	----	------	---

お分かりになる範囲で結構ですので、下記ご質問にお答えください。

お名前(ふりがな)	()
生年月日 (年齢)	(歳)
性別 / 体重	☐ 男 ☐ 女 / () k g
住所	〒
電話番号/携帯	/ 携帯

○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。

*本日はどのような症状で来院されましたか。

いつごろから	()から
症状	以下にあてはまるものにチェックしてください。 ☐ 発熱 (℃) ☐ のどの痛み ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 鼻水 ☐ 頭痛 ☐ 関節痛 ☐ 吐き気 ☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 食欲不振 ☐ 全身倦怠感 ☐ 動悸・息切れ ☐ 呼吸困難 ☐ めまい ☐ ふらつき ☐ 目のかゆみ ☐ 気分の落ち込み ☐ 不眠 その他()
現在治療中の病気はありますか？	以下にあてはまるものにチェックしてください。 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 高尿酸血症 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 肺気腫 ☐ 気管支炎 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ 心疾患 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大症 その他()
いま飲んでいるお薬はありますか？	
薬・食品アレルギーはありますか？	☐ あり 具体的にご記入ください () ☐ なし
いままで罹った大きな病気を教えてください	
身内に次のような方がいますか？	☐ がん ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 発熱・感染症 その他 ()
喫煙	☐ していない ☐ 以前していた ☐ いまでも吸っている 一日()本を()年間
飲酒	☐ していない ☐ 以前飲んでいて ☐ 現在飲んでいる 一日量()を週()日

*女性の方へ 現在、妊娠・授乳中ですか？ ☐はい ☐いいえ