

初診問診票

ID

記入日： 年 月 日

ふりがな	性別	施設名	生年月日
お名前	男 女		S H 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	自宅電話	- - -
		携帯電話	- - -

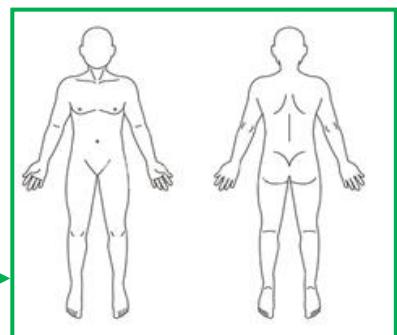
1. 本日受診した症状について教えてください。

時期： 今日(時頃～)・()日前・()週間前・()ヶ月前

症状： 咳・痰・鼻水・のど痛・発熱 () °C ・ 食欲不振・嘔気・嘔吐・腹痛・下痢

経過や、いつもと様子が違うと感じる事など気づいたことなどその他

[]



- ・症状のある場所に×をつけてください
- ・現在他の医療機関に通院していますか？（はい・いいえ）

医療機関名 () 、受診日 () 、治療内容 ()

- ・何をして痛くなりましたか？

[]

2. これまでに薬や食べ物などでアレルギーを起こしたこと症状がありましたか？

皮膚に湿疹が出るなどの副作用やアレルギー

なし・あり（薬・食べ物： 、症状： ）

3. 現在治療中の病気について教えて下さい

なし・あり（病名： 通院先： ）

4. 現在、処方されているお薬はありますか？

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は直近1か月以内の処方薬以外は省略可能です。）

なし・あり（薬剤名： 用量： 投薬期間： ）

5. これまでに入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？

なし・あり（病名： ）（医療機関名： ）
(時期： ）（治療内容： ）

裏へ

6. お薬について

・飲めない形の薬があれば教えてください。
なし・あり（粉薬・錠剤・カプセル・その他）

）

7.他の医療機関からの紹介状を持っていますか？（はい・いいえ）

（医療機関名：）

8.現在妊娠中又は授乳中ですか？（女性のみ）・・・・（週）

9.この1年間で「特定健診」もしくは「高齢者健診」を受診しましたか？（はい・いいえ）

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です）

（受診機関：指摘事項：）

☆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？（はい・いいえ）

☆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。

◆医療情報取得加算を算定しています。

初診時・・・1点 再診時（3か月に1回）・・・1点

☆個人情報の取り扱いについて

*ご記入いただいた個人情報は、当院における診察以外の目的には使用致しません。

*病状の確認、診察・検査の予約の変更、保険情報の確認等の為に電話連絡させて頂く場合がありますので、ご同意をお願い致します。

ご回答ありがとうございました。

すぐよか 2024.12.1