

# 初診問診票

マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証利用)をお持ちの方は※の項目は記入不要です。

受付年月日 年 月 日

フリガナ 氏名	□男 □女	生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日
住 所	〒 (アパート・マンション名 : )		
電話番号	( ) -	携帯番号	( ) -
身 長	cm	体 重	kg
海外渡航歴	□なし □あり 具体的に( )		
マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか?		□はい □いいえ	

◆ 今日はどのような症状で受診されますか? (どこが・どのように)			
◆ その症状はいつからですか?			
◆ その症状が出るきっかけ(原因)はありますか?			
◆ その症状で他院を受診したことがありますか?		□はい □いいえ	
「はい」の方 病名( ) 治療内容( )			
◆ その他の受診理由(該当するものに○)			
健康診断異常・がん検診異常・検査の希望(希望する検査内容: その他( ))			
◆ 今までにどんな病気やケガをしましたか?			
□高血圧 □糖尿病 □高脂血症 □痛風 □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □胃腸病 □緑内障 □白内障 □脳卒中 □がん □アレルギー(ぜんそく・花粉症・アトピー) □その他( )			
◆ 上記の病気になった(ケガをした)のはいつ頃ですか? (〇〇年、〇〇年前、〇〇歳のとき)			
◆ 今までに手術を受けたことはありますか?		□はい □いいえ	
「はい」の方 病名( ) いつ頃( )			
◆ 現在服用しているお薬はありますか?※		□はい □いいえ	
「はい」の方 お薬の名前( )			
◆ 健康診断を受けていますか?※		□はい □いいえ	
「はい」の方 特定健診・高齢者健診・職場の健診・その他 いつ頃( )			
◆ アレルギーはありますか?		□はい □いいえ	
「はい」の方 具体的な食品・お薬( )			
◆ お酒	お酒を飲みますか?		
	「はい」の方 お酒の種類: どのくらい飲みますか:1日 ml / 杯 / 本 / 合・□毎日 □週に 日 □たまに		
◆ タバコ	タバコを吸いますか?		
	「はい」「過去に吸っていた」の方:1日 本・喫煙年数 年間( 歳頃~)		
◆ (女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか?			
□妊娠中(妊娠 週) □していないが希望あり □授乳中 □いいえ			
◆ そのほか希望事項などがありましたらご記入ください			

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(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です)。正確な情報を取得するため、2024年秋のマイナ保険証への一本化に向けて、ご協力をお願いいたします。  
ご記入いただき、ありがとうございました。