

初診問診票

令和 年 月 日

ふりがな

体温 () °C

氏名 _____ 様 (歳)

身長 () cm

体重 () kg

■他の医療機関からの紹介状を持っていますか： いいえ ・ はい

■交通事故によるものですか： いいえ ・ はい

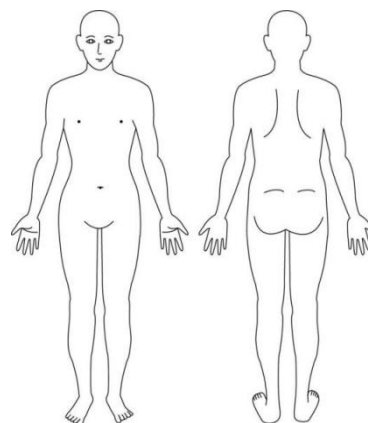
■仕事が原因ですか： いいえ ・ はい

職業 ()

■どんな症状が：

■いつ頃から：

■思い当たる原因は：



▲症状のある部位を図示してください。

以下の項目について教えてください

■アレルギーはありますか 無 ・ 有

■合わない薬はありますか 無 ・ 有

■普段飲んでいる薬はありますか 無 ・ 有

■現在他の病院にかかっていますか いいえ ・ はい

■大きな病気をしたことがありますか いいえ ・ はい

■入院をされたことはありますか 無 ・ 有

■手術を受けたことはありますか 無 ・ 有

■この1年間で健康診断を受けましたか いいえ ・ はい

■タバコは 吸わない ・ 吸う (本/日 × 年間)

■アルコールは 飲まない ・ 飲む
(何を ×どれくらい ml × 日/週)

左の各項目が〔有〕または〔はい〕の場合、詳細をお書きください。

女性の方へ

■生理中ですか はい ・ いいえ

■妊娠中又は授乳中ですか はい ・ いいえ ・ わからない

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
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

マイナ保険証を持参の方は以下もご記入ください

■マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい ・ いいえ

署名 _____ ・代理人氏名 _____ 続柄 ()

あきば医院