

## ◇ 初めての方・久しぶりの方の問診票 ◇

記入日 年 月 日

|       |                                |     |      |             |
|-------|--------------------------------|-----|------|-------------|
| ふりがな  |                                | 性 別 |      | 大正・昭和・平成・令和 |
| お名前   |                                | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日( 才)   |
| 住 所   | 〒                              |     |      |             |
| 連 絡 先 | 自宅・携帯( ) — ※連絡の取りやすい方をご記入ください  |     |      |             |
| 緊急連絡先 | — — ( 続柄 ) ※必ず連絡の取れる番号をご記入ください |     |      |             |
| 家族構成  | ・家族と同居(同居人数: 人) ・ひとり暮らし        |     |      |             |
| 職 業   |                                |     |      |             |

当院は、マイナ保険証を利用した診療情報を取得・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。  
 マイナ保険証による診療情報取得に、☐ 同意する ☐ 同意しない (どちらかをご選択ください)

## ① いつから、どのような症状で来院されましたか？

<いつから> ・今日 ・昨日 ・一昨日 ・( )日前から ・( )ヶ月前から  
 ・症状が出てから一番高かった体温( °C)

<症状> ・咳 ・鼻水 ・喉の痛み ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢 ・喘鳴 ・便秘 ・頭痛 ・めまい ・息苦しい  
 ・胸痛 ・腹痛 ・胃痛 ・関節痛 ・湿疹 ・高血圧 ・貧血 ・血尿 ・トイレに近い  
 ・食欲の低下 ・体のむくみ ・その他( )

## ② 現在、治療中の病気はありますか？ 〈あ る ・ な い〉

「ある」の方⇒ <医療機関名> <受診日> 年 月 日 頃  
 <病名・症状> ・高血圧 ・糖尿病 ・不整脈 ・喘息 ・貧血 ・アトピー ・癌(がん)  
 ・脳卒中(脳出血・脳梗塞など) ・心疾患(狭心症・心筋梗塞) ・精神疾患 ・骨粗鬆症  
 ・コレステロール、中性脂肪が高い ・痛風(尿酸が高い) ・リウマチ  
 ・その他( )

③ 現在 服用中のお薬があればご記入ください。  
お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

## ④ 今までにかかった病気はありますか？(入院・手術等も含む) 〈あ る ・ な い〉

「ある」の方⇒ <病名> ・脳卒中(脳出血・脳梗塞など) ・心疾患(狭心症・心筋梗塞) ・不整脈 ・喘息  
 ・貧血 ・痛風 ・胆石 ・虫垂炎(盲腸) ・骨粗鬆症 ・尿管結石 ・肺炎 ・腎疾患  
 ・胃・十二指腸潰瘍 ・気胸 ・精神疾患 ・がん ・骨折 ・その他( )

&lt;いつ頃&gt;

&lt;治療内容&gt;

&lt;医療機関名&gt;

⑤ お薬、食物、その他のアレルギーはありますか？〈ない・ある⇒薬・食物・その他〉  
・「ある」の方は 具体的に記入してください。

## ⑥ 女性の方のみ、ご記入ください。

・妊娠中ですか？ ・はい( 月) ・いいえ ・可能性あり  
 ・授乳中ですか？ ・はい(お子さん 月) ・いいえ ・可能性あり

## ⑦ その他、希望事項があればご記入ください。(検査をしてほしい、点滴をしてほしいなど)

※ご来院のきっかけを教えてください。

1. 近隣・知人の紹介 2. 他医療機関からの紹介 3. 家、会社、学校の近く 4. 電柱広告を見て  
 5. 地下鉄駅の広告を見て 6. ホームページを見て 7. その他( )