

外来初診受付および問診票

年 月 日記入

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	性別
お名前			年 月 日(歳)	男・女
郵便番号	(〒 -)			
自宅住所				
電話番号	携帯: ()	勤務先: ()		
マイナ保健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、マイナ保健証の利用にご協力お願いいたします。				

本日 ・ 昨日 ・ () 日前から ・ () 週間前から ・ () ヶ月前から KT=

※今、1番気になる症状に◎を、それ以外で気になるものに○を付けて下さい。

- ・咳 ・喉が痛い ・痰 ・鼻水 ・頭痛 ・発熱 °C ・嘔気・嘔吐
- ・胃痛 ・動悸 ・胸痛 ・息切れ ・めまい ・胸の圧迫感
- ・腹痛 ・下痢 ・血便 ・便秘 ・頻尿 ・排尿痛 ・血尿
- ・発疹 ・蕁麻疹 ・しびれ ・むくみ ・関節痛
- ・お腹の張り ・食欲不振 ・花粉症
- ・その他()

《インフルエンザ・
コロナの検査》
希望する ・ 希望しない

・現在、他の医療機関で治療(投薬)を受けていますか？

いない ・ いる → (病名:)

飲んでいるお薬 (薬名:)

紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

はい ・ いいえ

・今までにかかった病気の有無を○で囲んでください。

なし 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 生活習慣病
癌 ・ 喘息 ・ うつ ・ その他()

・血縁の方で下記のような病気をされた方がいらしたら○で囲んでください。

高血圧・脳卒中・心臓病・がん・糖尿病・片頭痛・婦人科疾患・その他
どなたが？ 父・母・祖父・祖母・兄弟 /その他病名 ()

・アレルギーのある薬剤はありますか？ ない ・ ある(種類及び症状:)

・食べ物やその他でアレルギーはありますか？ ない ・ ある(種類及び症状:)

・入院をしたことはありますか？

ない ・ ある → 病名()・何歳()

・女性の方 現在妊娠・授乳していますか？

妊娠: ない ・ ある → (ヶ月) ・ 可能性あり → (最終月経 月)

授乳: していない ・ している

・お酒は飲めますか？ タバコは吸われますか？

飲まない ・ 飲む → (週 ・ 月 に 回くらい)

吸わない ・ 吸う → (1日約 本) ・ 以前は吸っていた

・日常生活で気になる症状があれば○で囲んでください。

慢性疲労 ・ 肥満 ・ 更年期障害 ・ ストレス ・ 不眠 ・ うつ ・ 貧血 ・ 生理不順
花粉症 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 冷え性 ・ ED ・ 薄毛 ・ その他()

・その他なにかご希望があればお書き添えください。(例 血液検査希望)

・最後にどちらで当院をお知りになりましたか？

紹介(様) ・ パンフレット ・ ホームページ ・ 自宅に近い
天王洲アイルにお勤め(会社名) ・ その他()