

問診票(初診用)

尾形クリニック那須

記入日 年 月 日

フリガナ		生年	大正・昭和・平成・令和				
名前		生日	年 月 日(歳)				
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他()				
住所	〒(-)	日中連絡がつきやすい電話番号					
		Tel①					
		Tel②					
職業		身長	cm	体重	kg	体温	℃

マイナ保険証での受付をされた方にお尋ねします。あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得・閲覧することに同意されましたか？ 同意した 同意していない

1. 今日はどうされましたか？また、その症状はいつ頃からありますか？

今日の()時から / ()前から

- 咽頭痛 咳 鼻水 痰 呼吸苦(%)
- 頭痛 腹痛 食欲不振 吐き気 下痢
- めまい だるい 動悸がする 健診後再検査 紹介状持参
- 上記以外の症状がある()

2. 直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？

いいえ はい いつ頃()

3. 現在、他の病院に通院していますか？

いいえ はい 病院名()治療内容()

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳がある方は無記入可

いいえ はい お薬名()

5. 過去に入院・手術・輸血を要する大きな病気をしたことはありますか？

いいえ はい 病院名()病名・時期()

6. ご家族の中に次の病気にかかった人はいますか？

高血圧 腎臓病 高脂血症 糖尿病 がん 心臓病 結核 肝臓病

7. アレルギーはありますか？(薬、食品、植物など)

いいえ はい 原因()症状()

8. 喫煙(電子タバコ含)・飲酒について教えてください。

飲酒 しない する 種類() 頻度() 量()喫煙 しない する 1日()本 喫煙歴()年

10. 女性の方へ質問です。現在妊娠中(可能性を含む)または授乳中ですか？

いいえ 可能性あり 妊娠中()週間・ヶ月 / 授乳中(歳 ヶ月)

11. 来院のきっかけを教えてください。

家族・親戚の紹介 近隣・知人の紹介 他医療機関からの紹介 通りがかり看板をみて ホームページを見て その他()