

# 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( )