

初診時間診票

年 月 日

フリガナ		生年月日:大正・昭和・平成・令和・西暦	性別:
氏名		年 月 日 (才)	男・女
住 所	〒		
電話番号	自宅 : () 携帯 : ()		
緊急連絡先	氏名 続柄: ご本人以外の電話番号: ()		
※該当する項目の□にチェックをお願いします。(お薬手帳・マイナ保険証情報の同意のある方は、薬の記入不要)			
1	マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか? □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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。		
2	他の医療機関からの紹介状はありますか? □いいえ □はい		
3	どのような症状で来院されましたか? その症状は____月____日頃から ・ ____日前から ・ ____カ月前から □腹痛(胃のあたり、下腹、右腹、左腹、その他) □胸やけ □吐き気 □嘔吐(回) □下痢(回) □食欲不振 □便秘 □血便 □胸の痛み □動悸 □息苦しさ □めまい □体がだるい □発熱 □筋肉痛・関節痛 □頭痛 □のどの痛み・違和感 □咳・痰 □鼻水・鼻づまり □健康診断 □その他()		
4	現在治療中、または今までかかった病気はありますか? □いいえ □高血圧 □糖尿病 □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □脳卒中 □胃腸の病気 □肺や気管支の病気 □喘息 □眼の病気 □緑内障 □足腰の病気 □前立腺肥大症 □がん() □手術() □その他の病気:病名がわかればお書き下さい()		
5	現在服用している薬はありますか? □いいえ □はい 薬名:		
6	薬や食べ物にアレルギーはありますか? □いいえ □はい (薬品名: 食品: 症状:)		
7	この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか? □いいえ □はい (時期: 指摘事項:)		
8	喫煙・飲酒についてお答えください。 たばこ:□吸わない □吸う(本/日、喫煙歴 年) □過去に吸っていたがやめた アルコール:□飲まない □飲む(種類: : 杯/ 日)		
9	女性の方のみお答えください。 妊娠されていますか? □いいえ □はい(月 週) (出産予定日 /) 授乳中ですか? □いいえ □はい		
10	当院をどのようなきっかけで知りましたか? □知人の紹介 □インターネット・ホームページ □ご近所 □前を通って知った □その他		

※問診票に記載された個人情報、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。

永山クリニック