

はじめて来院された方へ（問診表）

ふりがな

お名前： _____ 男・女
大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日生まれ（西暦 _____年）（ _____才）

ご住所： _____

電話番号（携帯連絡先）： _____

本日の体温： _____℃ 体重（お子様） _____Kg

※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致します。

マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない

1. いつ頃から、どんな症状がありますか？（具体的にお書きください）

2. 今までに大きな病気や入院・手術をしたことがありますか？

ない ある（ _____ ）

3. この1年間で特定健診・高齢者検診を受診しましたか？ した しない

3. 薬・食品のアレルギーはありますか？

ない ある（ _____ ）

4. 現在、他の医療機関に通院していますか？

いない いる（ _____ ） 紹介状をお持ちですか？

5. 現在、処方されている薬はありますか？（ _____ ）

6. 現在、妊娠していますか？ していない 可能性あり 妊娠 _____ヶ月

7. お酒は1日にどのくらい飲みますか？（ _____ ）

8. タバコは1日に何本吸いますか？（ _____ ）

9. 通院されたことのあるご家族はいらっしゃいますか？

（ _____ ）

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

（ _____ ）