

初診問診票

カルテ番号		来院時の体温	℃
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
緊急連絡先	(続柄:)		
【症状のあるものにチェック】		<input type="checkbox"/> 呼吸苦 () 日前から <input type="checkbox"/> 胸痛・動悸 () 日前から <input type="checkbox"/> めまい・立ちくら () 日前から <input type="checkbox"/> 関節痛 () 日前から <input type="checkbox"/> 腹痛 () 日前から <input type="checkbox"/> 下痢 () 日前から <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 () 日前から	
<input type="checkbox"/> 咳・痰 () 日前から <input type="checkbox"/> 喉の痛み () 日前から <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり () 日前から <input type="checkbox"/> 発熱 () 日前から <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 () 日前から <input type="checkbox"/> 頭痛 () 日前から <input type="checkbox"/> その他 () 日前から ()			
<input type="checkbox"/> 健康診断にて異常を指摘： <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他()			
風邪薬など服用の有無 <input type="checkbox"/> あり(薬: 医療機関名:) <input type="checkbox"/> なし			
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(喘息・COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他()		
かかりつけ医の有無	<input type="checkbox"/> あり(医療機関名:) <input type="checkbox"/> なし ※服用中の薬がある方はお薬手帳を受付にお渡しください		
今までに大きな病気にかかったことがありますか(入院・手術・輸血など含む) <input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり(いつ: 年 月(歳) 病名・手術名:		医療機関名:)	
(いつ: 年 月(歳) 病名・手術名:		医療機関名:)	
祖父母・両親・兄弟姉妹に上記の病気の方はいますか <input type="checkbox"/> いいえ			
<input type="checkbox"/> はい(続柄: 病名:) (続柄: 病名:)	
薬や食品などのアレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 乳製品・) <input type="checkbox"/> なし			
この1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか <input type="checkbox"/> はい(いつ: 年 月) <input type="checkbox"/> いいえ			
【生活習慣について】		睡眠 <input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 眠れない	
便通	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 便秘ぎみ(回/週)	食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む: <input type="checkbox"/> 毎日(ml/日 種類:) <input type="checkbox"/> 時々()		
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり(本/1日) <input type="checkbox"/> 過去に喫煙あり(本/1日 年間) <input type="checkbox"/> なし		
渡航歴の有無	<input type="checkbox"/> あり(渡航先:) <input type="checkbox"/> なし		
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり(週数: 週 日) <input type="checkbox"/> なし	授乳しているか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない

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します。