初診問診票

カルテ番号		来院時の体温	℃
フリガナ		性別	□男　□女
氏名		生年月日	西暦・昭和・平成　年　月　日（満　歳）
住所	〒		
電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	
緊急連絡先		（続柄:　）	

【本日はどうされましたか。具体的にご記入ください】

□健康診断で再検査を指摘:□血圧　□心電図　□脂質　□肝機能　□血糖　□その他

□いつから、どのような症状がありますか:□風邪症状　□その他

★基礎疾患の有無	□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症（高ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ血症）　□脳血管疾患　□認知症　□心疾患 □呼吸器疾患（喘息・COPD等）　□緑内障　□前立腺肥大　□特になし □その他:
かかりつけ医の有無	□あり（医療機関名:　）　□なし
薬の服用の有無	□あり（　）　□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）

□なし　□あり（いつ:　歳）病名:

（いつ:　歳）病名:

祖父母・両親・兄弟姉妹に上記の★基礎疾患をお持ちの方はいますか

□いいえ

□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　□あり（□乳製品・　）　□なし

食欲はありますか	□ある　□ない（いつから:　）
睡眠について	□眠れている　□眠れない（睡眠薬:□あり:　□なし）
便通について	□毎日　□便秘ぎみ（　回／週）
飲酒について	□飲まない　□飲む:□毎日（　ml／日　種類:　）□時々（　）
喫煙の有無	□あり（　本／1日・　年間）□過去に喫煙あり（　本／1日・　年間）　□なし

最近の渡航歴	□あり（いつ:　渡航先:　）　□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　□はい（いつ:　年　月）　□いいえ

妊娠の有無	□あり（週数:　週　日）□なし	授乳しているか	□している　□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。