

## 初めて当院を受診される方への問診票

フリガナ		男	大・昭・平・令 年 月 日生
名前		女	被保険者(世帯主)との続柄 本人・家族
住所	〒 -	固定番号	( ) -
		携帯番号	- -

1. 今日はどうされましたか？ (いくつでも可) 平熱 \_\_\_\_\_

熱 ( )、喉の痛み、咳、痰、鼻水、頭痛、胃痛、腹痛、胸痛、筋肉痛、下痢、吐き気、嘔吐  
だるい、悪寒、節々の痛み、健康診断で異常を指摘された、紹介状持参、その他( )

その症状はいつ頃から始まりましたか？

今日、( 日前)、( 週間前)、( ヶ月前)、( 年前)、その他

2. 今までかかった病気がございましたら○印を付けて下さい。または病名を書いて下さい。

高血圧、心臓病、糖尿病、胃潰瘍、肝臓病、腎臓病、脳疾患、リウマチ、喘息、アレルギー

3. 現在、飲んでる薬がございましたらお書き下さい。 薬手帳あり・なし

4. アレルギー体質があると言われた事がありますか？

ある (具体的に何のアレルギーですか?)

ない わからない

\* 5. 6は、女性の方のみへの質問です。

5. 現在妊娠中ですか？ 妊娠の可能性がありますか？ はい( 週) ・ いいえ

6. 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (該当項目に○印を付けて下さい。)

1. 家族の紹介。2. 知人の紹介。3. 紹介状を持参。4. 近所に住んでいる。5. ホームページを見て

6. 勤務先が近い。6. 通勤途中で見て。7. クリニックの看板を見て。8. 広告・チラシを見て。

その他( )

8. その他、相談したい事、または何か在りましたらお書き下さい。

\*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 情報を取得・活用する  
ため、マイナ保険証の利用もおこなっておりますのでご活用ください。