

初 診 問 診 票

2023年 月 日

フリガナ	
患者氏名	(男 女)
生年月日	明 大 昭 平 令 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	自宅() — 携帯() —
職業	

★アレルギーの有無 無 有 ()

★ペースメーカーの有無 無 有 (いつから:) 身長 ()cm・体重 ()kg・体温 ()℃

● 本日はどのような症状で受診されましたか？症状に○をお付けください。

風邪症状	発熱 ・ 咳 ・ 倦怠感 ・ 鼻水 ・ たん ・ のどが痛い ・ 関節痛 ・ 寒気 ・ 頭痛
腹部症状	腹痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 胃の調子が悪い ・ 食欲がない ・ お腹の張り
胸部症状	胸痛 ・ 胸が苦しい ・ 圧迫感 ・ 動悸 ・ 息苦しい
皮膚症状	湿疹 ・ 痒み ・ 痛み
その他症状	頭痛 ・ めまい ・ その他()
肛門の違和感	痔 ・ 出血 ・ 痛みがある ・ 腫れぼったさ ・ 膿が出る
骨・関節の違和感	痛み ・ しびれ ・ 腫れている ・ 熱感がある ＜部位＞ 首 ・ 肩 ・ 腕 ・ 手首 ・ 手の指 ・ 背中 ・ 腰 ・ 胸 ・ 脇腹 股関節 ・ ふともも ・ ひざ ・ ふくらはぎ ・ 足首 ・ 足の指 ・ その他()
けがをした	どこをけがしましたか()
健診・検査	二次健診 ・ 胃カメラ ・ 大腸カメラ ・ エコー検査 ・ 骨密度検査 ・ その他()

● 症状はいつからですか？ 今日初めて ・ ()日前から ・ 時々 ・ ずっと前から ・ 現在はない

● 今までにかかったことのある病気・けが・手術はありますか？

● 普段飲まれているお薬はありますか？ ・無 ・有 医療機関名：
● お薬手帳はお持ちですか？ ・無 ・有 ある方は受付にお出してください

★女性の方にお尋ねします。

・現在妊娠中ですか？ いいえ はい (予定日 年 月) 妊娠の可能性がある
・現在授乳中ですか？ いいえ はい

● 新型コロナウイルスワクチン接種歴 ・無 ・有 ()回 接種済み

《個人情報の提供と利用の同意について》

当院では、患者様ご自身に関する個人情報をお知らせ頂く事により、適切な医療をする様に努めております。
したがって、患者様の氏名や年齢、あるいは現在の症状などの情報がなければ適切な診療ができません。
また、患者様の個人情報は、ご来院された目的である病気の治療の為に利用いたします。
上記の利用目的について同意いただき、情報を提供いただけますでしょうか。
(同意いただけない場合でも診療は受けて頂けますが、一部のサービスを受けられない場合があります)

☐ 同意する ☐ 同意しない

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いたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)