

ID

初診問診票

年 月 日

ふりがな

お名前

年齢

才

職業

生年月日 年 月 日

連絡先 ①

住所

連絡先 ②

同居家族: 無し・あり()

※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

血圧

/

・脈拍

/分

(リズム 整・不整)

・体温

°C

*本日はどのような症状で受診されましたか (いつから、部位、程度などを具体的に)

*この症状で他の病院に相談されましたか。その際どんな検査を受け、どんな説明を受けましたか

*当院を受診された目的を教えてください。(調べてほしいこと、どんな検査、治療など)

*現在治療中の病気を教えてください

高血圧 心疾患 不整脈 糖尿病 腎機能異常 肝機能異常 肝炎などの感染症
喘息 緑内障 その他 []

*手術を受けられた経験はありますか ない ある(わかる範囲でご記入ください)*現在通院中の病院はありますか? ない ある*現在内服中の薬はありますか? ない ある*アレルギーはありますか ない ある []*血縁関係の方で脳の病気になった方はいますか ない ある []*閉所恐怖症はありますか ない ある []*体内に金属の埋め込みはありますか ない ある []*飲酒をしますか いいえ はい []*喫煙をしていますか いいえ ある [1日 本程度]*女性の方に伺います 妊娠中ですか いいえ はい 授乳中ですか いいえ はい

入力口

スキャン口

令和8年2月作成