

ID _____

初診問診票

年 月 日

ふりがな

お名前 _____

年齢 _____ 才

職業 _____
(仕事内容)

住所 _____

電話番号 1: ()
2: ()

生年月日 _____

※マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

- はい 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。
- いいえ 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お願いいたします。

・運動はしていましたか？また、以前していましたか？ いいえ はい ()

・いつからどのような症状でお困りですか？（主訴）

()

《BP / P (不整有/無) BT 》 頭痛 肩凝り 頸痛 腰痛

○ 今回の症状の経過について下記内容を看護師が伺います

○ 今回の症状について他の病院で検査・治療を受けられましたか？

はい いいえ

[]

○ 今日いちばん診てもらいたいのはどこですか？（受診目的）

[]

○ この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？

はい いいえ (時期: 指摘事項:)

○ 事故歴 いいえ はい ()

はい () いいえ ()

○ 現在治療中の病気についてご記入下さい。（既往歴）

高血圧 喘息 心疾患 肝機能障害 腎機能障害 脂質障害

糖尿病 B・C型肝炎、HIVなどの感染症 緑内障 その他 ()

○ 現在服用中の内服薬

[]

○ 過去に手術を受けられた経験はありますか？ いいえ はい
それはいつ、どこで、どのような手術を受けられましたか？（具体的に）

◎ 体内金属（ペースメーカー・インプラント・ステント・人工関節など）

無 有 ()

アレルギー歴（薬・食・金属）

()

便秘 無 有

血縁関係の方で脳の病気になった方がいる
いない いる(ご関係)

アルコール 無 有

タバコ 無 有
現在 (本/日) 以前 (本/日)

家族構成 ()

妊娠 無 有

授乳 無 有

閉所恐怖症
無 有

禁忌 ()

受け持ちNs ()

介護度 ()

入力 スキャン