

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 緊急連絡先（続柄） _____

住所： _____ （電話番号） _____

電話番号： _____ 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 [_____]

*閉所恐怖症はありますか ☐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 ☐いない ☐いる [_____]

*入歯やインプラントはありますか ☐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 [量: _____]

*喫煙をしていますか ☐いいえ ☐はい [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