

受診票 (初診用)

年 月 日 記入

| | | | |
|------|-----|-------|---------|
| フリガナ | | 生年月日 | 大・昭・平・令 |
| 氏名 | 男・女 | 年 月 日 | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 携帯 | | 自宅電話 | |

★ 持参しているものを ○で囲んで下さい (お薬手帳 健診(検査)結果票 紹介状)

1、お薬のアレルギーはありますか？

なし あり ()

2、食べ物でじんましんや下痢をしたことはありますか？

なし あり ()

3、入院や手術をしたことはありますか？

なし あり () 歳 病名 ()
() 歳 病名 ()
() 歳 病名 ()

4、現在 治療中の病気はありますか？ 高血圧、糖尿病、心臓病など

なし あり ()

5、現在、内服中のお薬はありますか？

なし あり

6、血縁で がん、心臓病、脳出血、脳梗塞などのご病気にかかったことのある方はいらっしゃいますか？

いない いる (続柄 病名)
わからない

7、たばこは吸いますか？

いいえ 吸っていたがやめた はい (1日 本)

8、お酒は飲みますか？

いいえ はい (週に 回)

女性の方のみ

現在 妊娠中ですか いいえ はい (週目)

授乳中ですか いいえ はい

◎ マイナ保険証による 診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

※ 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。

問診票

お名前

様

年 月 日 記入

1 今日はどうなさいましたか

痛み 違和感 しびれ

食欲不振 胸やけ

気分不快 吐き気 嘔吐 下痢

動悸 めまい

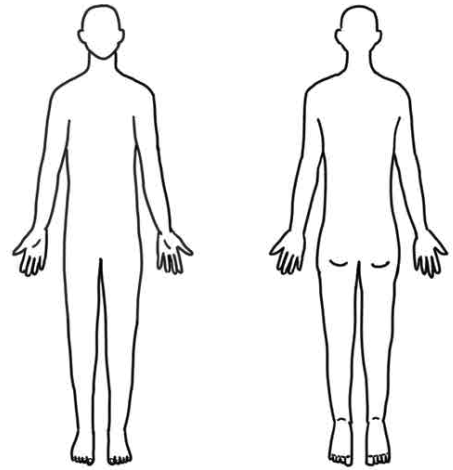
排尿時の痛み・違和感・出血

排便時の痛み・出血

他

()

症状のある所に ○を付けて下さい。



2 上記の症状はいつからですか

3 現在 治療中のお薬はありますか？

いいえ はい (当院の薬のみ 他院のくすりあり)

他院での内服治療中の方は お薬手帳を受付にお出してください。

ご記入が終わりましたら、受付にお出してください。

女性の方のみ

現在 妊娠中ですか いいえ はい (週目)

授乳中ですか いいえ はい