初診・問診票

ふりがな 氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
	12才以下の小児の場合、体重もご記入下さい。	kg
	来院してからの体温をご記入下さい。	℃

◎オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について
 当院では、患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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を努めております。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。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。
 初診時：加算1「6点」・加算2「2点」（マイナ保険証を利用した場合） 再診時：加算3「2点」（健康保健証での受診）

◆マイナンバーカードをお持ちですか？ ある ない マイナ保険証による診療情報取得に同意する

◆いつから症状がありますか？ 今日 昨日 もっと前（具体的に ）

症状	☐ 発熱（最高 ℃）	☐ 喉が痛い	☐ 鼻水	☐ 鼻づまり	
	☐ 咳	☐ 透明な痰が出る	☐ 濁った痰が出る	☐ 息苦しい	☐ 頭痛
	☐ お腹が痛い	☐ 下痢（本日 回）	☐ 嘔吐（本日 回）		
	☐ 便秘	☐ 声が出ない	☐ 寒気	☐ 関節・筋肉の痛み	
	☐ 食欲がない	☐ だるい	☐ 不眠	☐ 皮膚のかゆみ	
	☐ その他（具体的に ）				

◆現在飲んでいる薬・他でもらった薬はありますか？また、お薬手帳をお持ちの方はお出しください。
 なし ある（現在飲んでいる、他でもらった薬の名前を下欄にお書きください）

◆薬にアレルギーはありますか？
 なし ある（アレルギーのある薬の名前を下欄にお書きください）

◆苦手な形状のお薬はありますか？あればチェックを付けて下さい。
 粉 シロップ 錠剤 漢方薬

◆現在通院中や病院や、持っている病気はありますか？

受診科	☐ 内科	☐ 整形外科	☐ 耳鼻科	☐ 皮膚科	☐ 心療内科・精神科
	☐ 泌尿器科	☐ 外科	☐ 眼科	☐ その他（ ）	☐ その他（ ）
病名	☐ 高血圧	☐ 糖尿病	☐ 痛風	☐ 脂質異常症	
	☐ 緑内障	☐ 前立腺肥大	☐ 癌	☐ ぜんそく	（ ）
	☐ 心疾患	☐ 腎疾患	☐ 骨粗鬆症	☐ アトピー性皮膚炎	（ ）
	☐ その他（具体的に ）				（ ）
病院名	（ ）				

◆過去にかかった大きな病気はありますか？
 なし ある（病名をお書きください）

◆煙草を吸っていますか？
 いいえ はい（ ）本/1日 × （ ）年
 吸っていた（ ）才まで（ ）本/1日 × （ ）年

◆お酒を飲みますか？
 いいえ はい（ ）週（ ）回 種類・量（ ）

◆食べ物にアレルギーはありますか？
 なし ある（該当する食べ物の名前をお書きください）

◆女性の方のみにお伺いします

現在妊娠中ですか？ いいえ はい（出産予定日 ） 可能性がある

現在授乳中ですか？ いいえ はい