

初診問診票

来院日	年 月 日	生年月日	勤務先
ふりがな		大正・昭和 平成・令和	会社名
氏名	男 女 様	年 月 日	住所 電話
現住所	〒 都道 区市 府県 町村		
電話	固定電話 携帯電話	身長： 体重：	
本日の体温： 度 分		直近のワクチン接種（種類）：	
発熱日時： 月 日 時頃から 度 分（MAX 度 分）（平熱 度 分）			
主症状： （ 月 日 時頃から）			
① 他に症状はありますか？（チェックして下さい） <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 嚥下困難（飲み込みづらい） <input type="checkbox"/> 飲み込み時耳が痛い <input type="checkbox"/> 声がれ <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 節々の痛み <input type="checkbox"/> 倦怠感 その他：			
② 最近の渡航歴はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）			
③ 周囲に感染症の方はいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場や友人 病名： ）			
④ 今までにかかった病気・大きなケガ・手術等ありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）			
⑤ 現在処方されている薬（当院以外）はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ） お薬手帳 有・無・忘れ			
⑥ アレルギー（薬や食べ物など）はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬（ ） ・食物（ ） アルコール・花粉・ハウスダスト・その他（ ）			
⑦ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 本 喫煙期間 年） <input type="checkbox"/> 過去にあり（ 年前）			
⑧ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 受診時期（ 月 日） ・指摘事項等（ ）			
⑨ 現在妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（妊娠第 週） ・授乳中			
⑩ マイナ保険証による診療情報取得について <input type="checkbox"/> 同意する			

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いたします。