

初診 問診表

R

(フリガナ)

氏名

住所 〒

生年月日 (T / S / H / R) 年 月 日 (歳)

☎自宅

-

-

📱携帯

-

-

◆ マイナ保険証の利用について ◆

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。

◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか※

同意した

同意しない

カードなし

※受診時にご自身でマイナ保険証をカードリーダーにかざし、特定健診情報や薬剤情報等の提供に同意されなかった場合、追加のご負担が発生します。同意された方は、他院の薬剤情報や健診情報を当院の診療に活用させていただきます。

◆ 現在服用中のお薬情報の取得方法で希望するものに☑してください。

服用中の薬なし

マイナ保険証による情報を参照してください

お薬手帳の情報を参照してください

症状については裏面で確認しますので、**裏面**をご確認ください。

初診 問診表

R

◆飲酒はされますか？

いいえ はい → どれくらい？ 毎日・時々（ 回/週）

◆たばこは吸いますか？

いいえ はい（ ）歳から（ 本/日） 以前吸っていた（ ）歳から（ ）歳

◆アレルギーはありますか？

ない ある→ 花粉 ・ 金属 ・ 薬（ ）・その他（ ）

◆女性のみ：現在、妊娠、授乳していますか？または、その可能性がありますか？

いいえ はい →（ ）か月 分からない 授乳中

◆既往歴に該当するものに○をつけてください なし

高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 消化器疾患 がん（部位： ） 認知症
精神疾患（ ）その他（ ）

◆現在、他の医療機関に通院していますか

していない している（ 病院 科）

◆マイナ保険証やお薬手帳がない方で処方がある方は該当するものに○をつけてください

降圧剤 抗コレステロール薬 糖尿病治療薬 抗血栓薬 抗尿酸血症薬
心不全治療薬 向精神薬 便秘薬 その他（ ）

◆本日、診察を希望する症状に☑をつけてください。

頭部打撲（打撲部位： 傷： 有 ・ 無 ）

頭痛（痛む部位： ）

（痛み方：締め付けるような痛み ・ 拍動痛 ・ 殴られたような痛み）

（嘔気・嘔吐の有無： 有 ・ 無 ）

めまい（症状の性状： フワフワめまい ・ グルグルめまい）

（嘔気・嘔吐の有無： 有 ・ 無 ）

手足が動かしにくい ろれつの回りが悪い ものが見えにくい

顔面の動きが悪い

しびれ（部位： ） ふるえ（部位： ）

数分間の意識消失（どのくらいの間： 分くらい）

物忘れ

画像診断希望

その他（ ）

◆症状はいつからですか？（該当するものに☑を付け、時間を記入してください）

今日 昨日 それ以前（ ）の（ ）時ごろ