

# 初診問診票

フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日生まれ
お名前						
年齢	歳	ご連絡先	①	②		
ご住所						

<b>マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
<b>この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？</b> <small>※マイナ保険証で情報取得にどういった方は省略可能です。</small> <input type="checkbox"/> はい 受診時期 ( ) 指摘事項 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ						
<b>今日はどうなさいましたか？該当する項目に☑チェックを付けてお答え下さい</b>						
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 寒気	<input type="checkbox"/> 痰
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胸が苦しい
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/> だるい	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> むくみ
<b>症状はいつからですか？</b> <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 月 日 から <input type="checkbox"/> その他 ( )						
<b>現在、他の医療機関への通院はありますか？</b> <input type="checkbox"/> はい 医療機関名 ( ) 治療内容 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ						
<b>現在、内服中のお薬はありますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> お薬手帳を持参しています。 薬品名 ( ) 用量 ( ) 投与期間 ( ) 薬品名 ( ) 用量 ( ) 投与期間 ( ) 薬品名 ( ) 用量 ( ) 投与期間 ( )						
<b>これまでの大きな病気にかかったことはありますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名 ( ) 治療内容 ( ) 病院名 ( ) 時期 ( ) 病名 ( ) 治療内容 ( ) 病院名 ( ) 時期 ( )						
<b>これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？</b> <input type="checkbox"/> はい (薬品名: 食品名: ) <input type="checkbox"/> いいえ						
<b>妊娠及び授乳の有無について教えてください。</b> <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( )ヵ月 <input type="checkbox"/> 現在授乳中である <input type="checkbox"/> 該当なし						