

体温： _____ 度

初診問診票

ID： _____

ふりがな	生年月日	大正・昭和・平成			
お名前	男・女	年	月	日	歳
ご住所 〒	お電話 番号	ご自宅	—	—	
		携帯	—	—	

1. 本日は、いつ頃から、どうされましたか？（下記の当てはまるものを○で囲んでください）

いつ頃から（ _____ 月 _____ 日頃から、 _____ 日前から、 _____ ヶ月前から）

発熱、頭痛、関節痛、だるい、咳が出る、痰がからむ、のどが痛い、息切れ、息が苦しい、喘鳴（ゼーゼーする）
胸が痛い・苦しい・圧迫感がある、動悸（ドキドキする）、脈が飛ぶ、胸やけ、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢、不眠
その他（ _____ ）

2. 以前かかれた、または現在治療中のご病気はありますか？

はい（下記の当てはまるものを○で囲んでください）、 いいえ

高血圧、糖尿病、高脂血症、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、脳梗塞、呼吸器疾患、花粉症
その他（ _____ ）

3. 現在、服用している薬はありますか？ ※お薬手帳があればご提出ください。

はい（薬名： _____ ） いいえ

4. これまでに、薬や食べ物などでアレルギー反応が出たことはありますか？

はい（薬名： _____ 食品名： _____ その他： _____ ） いいえ

5. 喫煙歴はありますか？

吸っている（1日 _____ 本 _____ 歳～現在） 以前吸っていた（1日 _____ 本 _____ 歳～ _____ 歳） いいえ

6. 飲酒の習慣はありますか？

ほぼ毎日飲む→（種類： _____ 、量： _____ mL・合） 時々飲む 飲まない

7. 女性の方へお伺いします。

妊娠中（ _____ 週目） 妊娠の可能性あり 授乳中 該当なし

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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算 1 4点 加算 2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

ご協力ありがとうございました。 中島内科医院