

診察前体温 °C

初診問診票 (内科一般)

記入日 年 月 日

ふりがな			男		生年月日 大・昭・平
氏名			女	歳	年 月 日
電話 (自宅)	()	—	住所 〒		
(携帯番号)					
身長・体重	cm	kg	家での血圧	/	mmHg
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 ()				
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> 花粉 (スギ・ヒノキ・イネ・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()				
採血時	<input type="checkbox"/> アルコール消毒可 <input type="checkbox"/> アルコール消毒不可 <input type="checkbox"/> 気分が悪くなることがあります				
マイナンバーカード	持参 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 情報提供 <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 薬歴同意 <input type="checkbox"/> 特定健診同意				
お薬手帳	持参 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 受付に提出ください。マイナ受付で薬歴同意の方は不要です				

- ① 本日はどのようなことで来院されましたか？ あてはまるものに をつけて下さい。
- 発熱 (°C) 咳 痰 のど痛み 鼻水 鼻詰まり 吐き気 食欲不振
嘔吐 回/日 腹痛 便秘 日/回 下痢 回/日 血便 血圧 (高い 低い)
むくみ (足 顔 手) 頭痛 めまい ふらつき のどが渇く 頻尿・多尿
排尿時痛 血尿 背中が痛い その他 ()
3日以内に発熱・体調不良の方との濃厚接触あり (インフルエンザ・新型コロナウイルス・不明・ ())
健診で指摘された (心電図 胸部レントゲン 血液検査 その他 ())
- ② 上記の症状はいつからですか？
() 月 () 日から
- ③ 今回の症状で他院受診または市販薬を服用しましたか？
いいえ はい 薬名 () 病院名 ()
- ④ 今までにかかった病気又は現在、他院で治療中の病気がありますか？
なし あり (ありの方は以下記入ください。お薬手帳持参の方は薬名の記入不要です)
(歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
(歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
(歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
(歳の時) 病名 () 薬名 () 治療中 治癒
- ⑤ 家族で以下のような病気にかかった方がいますか？
高血圧 (誰が:) 糖尿病 (誰が:) 高脂血症 (誰が:)
心筋梗塞 (誰が:) 狭心症 (誰が:) () の癌 (誰が:)
脳卒中 (誰が:)
- ⑥ アルコール: なし あり (回/月・週 何を: ml/日)
- ⑦ タバコ: なし あり (年間 本/日) 禁煙中 (年間 本/日) 吸っていた
- ⑧ 妊娠の可能性 (女性の方のみ) あり なし 授乳中 はい いいえ
- ⑨ 当クリニックをどのように知りになりましたか？ 紹介者 () ホームページ その他

医) とねクリニックでは診療情報を取得・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。
正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用・情報提供に同意するにご協力お願いいたします。
★医療情報取得加算1 (保険証のみ提出・情報提供同意しない) 3点 (初診)
医療情報取得加算2 (マイナンバーカードによるマイナ受付・情報提供同意する) 1点 (初診)