



新規ご登録 & 問診票

記入日 年 月 日

(ID :) ※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

ふりがな		男	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
お名前		女	住所	〒 — —				
			電話番号	— —	携帯	— —		

1. 今日はどうなさいましたか？
 他院からの紹介状をお持ちですか？
 はい いいえ

※以下あてはまる症状に○をつけて下さい。

身長		体重		20歳時体重
	cm		kg	kg

症状はいつからですか？(日前から) 【 職業 : _____ 】

発熱 (体温 _____ °C 解熱剤は服用しましたか？ _____ 月 _____ 日 AM・PM _____ 時)

喉が痛い・咳が出る・たんが出る・鼻水が出る・頭痛・関節痛・腹痛・下痢・嘔吐・吐き気
 めまい・胸痛・動悸・息切れ 健診で異常を指摘

この1年間で健診(特定健診など)を受診しましたか？ 結果持参の方はご提出ください。

受診時期 年 月 日 異常指摘はありましたか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ以下ご記入ください。何について指摘されましたか？

2. 現在、かかっている病院やお薬はありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ以下ご記入ください。 ※お薬手帳・薬剤情報提供書などお持ちの方はお見せください。

通院先の病院名 病名 通院先の病院名 病名

3. 今までに病気やけがで、通院・入院・手術したことはありますか？ はい いいえ

「はい」の方は通院先の病院名と病名をご記入してください。(例: 40歳 ○○病院 糖尿病 など)

年齢 病院名 病名 年齢 病院名 病名

歳 _____ 歳 _____

歳 _____ 歳 _____

その際に、輸血を受けたことはありますか？ はい いいえ

4. 血縁者の方でがん・高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・結核の方はいますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ

・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____ ・どなたが？ () 病名 _____

5. お薬や食品などのアレルギーはありますか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ → 薬(注射) <

> 食物 <

>

その他 _____

6. 嗜好品についてお聞きします。

○アルコールは飲みますか？ 飲まない

飲む (週に _____ 回位) (1回量: ビール _____ 本位 / 他お酒 _____)

○たばこは吸いますか？ 吸わない 以前吸っていた

吸う (1日約: 10本以下 20本以上)

8. 女性の方にお聞きします。

現在 (妊娠中・授乳中) ですか？ (はい・妊娠の可能性ある・いいえ)