

初診問診票

年 月 日

フリガナ	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 大正・昭和・平成・令和	年 月 日
〒 住所	
電話番号（必要時クリニックから連絡してよい番号を記入してください）	
ご自宅	携帯

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

年 月 日より

■ 今回の症状でどちらかの病院にかかりましたか？

いいえ はい 医療機関名 _____

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば記入してください。

--

■ 現在、飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は記入不要です）

なし あり（ _____ ）

■ 今までに手術の経験はありますか？

なし あり（病名・日時） _____

■ 輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

■ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）

■ 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ない ある _____ 週

■ 現在授乳中ですか？ いいえ はい

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

※この問診票を診療目的以外に使用することはありません。また、本人の同意なく第三者には開示致しません。

院長 山本 政和