

カルテNo. \_\_\_\_\_

★ 初診 ・ 受付 ★

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( )

フリガナ  
氏名

住所(自宅)〒 \_\_\_\_\_

(男性・女性)

生年月日

昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳)

携帯番号

勤務先名

電話番号(勤務先)

電話番号(自宅)

緊急連絡先 TEL

お名前

(続柄: \_\_\_\_\_)

★★★☆☆ 問診 ★☆☆☆☆

①いつ頃からどのような症状がありますか？

(電子) 体温 \_\_\_\_\_℃

(水銀) 体温 \_\_\_\_\_℃

②マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ・はい

新型コロナウイルス感染者との  
接触がありますか？

あり・なし

③他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ・はい

④今までにかかった病気に(○)をつけてください。

- ・高血圧症( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・高脂血症( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・心臓病( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～)
- ・糖尿病( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・肝臓病( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・腎臓病( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～)
- ・喘息( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・胃潰瘍( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・緑内障( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～)
- ・癌( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・婦人科疾患( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～) ・その他( ) ( \_\_\_\_\_ 年前～)

現在他の医療機関に通院されていますか？

いいえ・はい

※アルコール皮膚消毒アレルギーはありますか？

いいえ・はい

⑤現在、治療中の病気、または服用中のお薬ありますか？(市販のお薬も含め)

※お薬手帳・紹介状・健康診断結果等をお持ちの方は問診票と一緒にご提出をお願いします。

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_ 病名

\_\_\_\_\_ 薬名

⑥お薬手帳をお持ちですか？

いいえ ・ はい

※お持ちの方は受付へご提出ください。

⑦今までにお薬や食べ物でアレルギー症状(発疹・気分不快など)を起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい \_\_\_\_\_ 薬

\_\_\_\_\_ 食べ物

⑧女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ はい( \_\_\_\_\_ ヶ月目) ・ いいえ ・ 分からない

授乳中ですか？ はい(お子様: \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ いいえ