

問診票（初診）

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 体温 _____ °C

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重 _____ k g

※体重は 12 歳以下のお子様のみご記入ください

住所 _____

電話番号（携帯） _____

1 本日受診した症状は何でしょうか？（めまいであれば問診票を追加します）

2 症状はいつからですか？

3 その症状につきほかの医院で診察を受けたことはありますか

なし あり（ _____ ）

4 現在治療中の病気や、大きな病気にかかったことがありますか

なし あり（ _____ ）

5 現在内服中の薬はありますか なお薬手帳があれば提出をお願いします

なし あり（ _____ ）

6 お薬や食べ物でアレルギーはありますか

なし あり（ _____ ）

7 女性の方のみ 妊娠中または授乳中の場合○をお付けください

妊娠中 カ月 ・ 授乳中

8 マイナ保険証による診察情報取得に同意しましたか

いいえ はい 当院は診療情報を取得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いたします