

## 初診時共通問診票

| ID                                                                                                              |                                                                                                | 氏名 |  | 年齢                             | 性別  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--------------------------------|-----|
|                                                                                                                 |                                                                                                |    |  |                                |     |
| 1                                                                                                               | 紹介状はお持ちですか                                                                                     |    |  | はい                             | いいえ |
| 2                                                                                                               | マイナンバーカードをお持ちですか                                                                               |    |  | はい                             | いいえ |
| 3                                                                                                               | マイナー保健証による診療情報取得に同意しますか                                                                        |    |  | はい                             | いいえ |
| いつ・どのような症状があり来院されましたか？                                                                                          |                                                                                                |    |  |                                |     |
| 健康診断の結果をお持ちで受診ですか                                                                                               |                                                                                                |    |  | はい                             | いいえ |
| 4                                                                                                               | <div> <div>いつ頃より症状など簡潔にお書き下さい</div> <div> <div>←</div> <div>いいえの方<br/>左に記入</div> </div> </div> |    |  |                                |     |
| 今までに診断・治療された病気について(生活習慣病含む)<br>高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 呼吸器疾患<br>脳血管障害 ・ 血液疾患 ・ がん<br>何歳より ( ) かかりつけ病院( ) |                                                                                                |    |  | 有                              | 無   |
| 5                                                                                                               |                                                                                                |    |  | 有りの方は<br>該当に○<br>かかりつけ医<br>を記載 |     |
| 6                                                                                                               | 本日はお薬手帳をお持ちですか                                                                                 |    |  | はい                             | いいえ |
| 重大な病気や・過去に手術や入院したことのある病気はありますか<br><div> <div>年齢</div> <div>病名・手術名</div> <div>終了・治療中</div> <div>病院名</div> </div> |                                                                                                |    |  | 有                              | 無   |
| 7                                                                                                               | <div> <div>年齢</div> <div>病名・手術名</div> <div>終了・治療中</div> <div>病院名</div> </div>                  |    |  | 有りの方は<br>左に記入                  |     |
| タバコについて過去に吸ったことがある<br><input type="checkbox"/> 過去にたばこを吸ったことがある<br><input type="checkbox"/> 今も吸っている              |                                                                                                |    |  | 有                              | 無   |
| 8                                                                                                               | 歳から 歳まで<br>一日 本                                                                                |    |  | 有りの方は<br>左に記入                  |     |
| お酒は飲みますか<br><input type="checkbox"/> 機会飲酒<br><input type="checkbox"/> 毎日                                        |                                                                                                |    |  | 有                              | 無   |
| 9                                                                                                               | ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎<br>( )mL 本 合 杯                                                                |    |  | 有りの方は<br>左に記入                  |     |
| 女性の方にお伺いします。 妊娠している・可能性がある・授乳中である<br><input type="checkbox"/> 妊娠中<br><input type="checkbox"/> 授乳中である            |                                                                                                |    |  | 有                              | 無   |
| 10                                                                                                              | 妊娠 ヶ月<br>子供 ヶ月                                                                                 |    |  | 有りの方は<br>左に記入                  |     |
| 1年間で健診を受けたことがある                                                                                                 |                                                                                                |    |  | 有                              | 無   |
| 11                                                                                                              | 受診時期( ) 指摘されたこと( )                                                                             |    |  | 有りの方は<br>左に記入                  |     |