**初めて診察を受けられる方へ（問診票）**　記入日：　　　　年　　月　　日

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　T　S　H　R　　年　　月　　日

お名前 　　　　　　　　　　　　男・女　　〒

年齢　　　　　　　　　　　　　歳　　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　ご職業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

**血液型：　A ・ B ・ O ・ AB　　Rh： ＋ ・ －　　　携帯電話**：

**本人以外の緊急連絡先（TEL）**： 　　　　　　　　 (続柄)

・マイナ保険証による診療情報取得に、同意されますか？　　はい（☆My）　・　いいえ

1. いつからどのような症状がありますか？（症状がない場合は、受診の理由をお書き下さい）

皮膚科を受診される方は、部位（左右も必要）を記入して下さい。

いつから：

症状：

1. 現在、他の医療機関に通院していますか？（医療機関名、受診日、病名、治療内容）

・現在、処方されている薬はありますか？（☆Myの方は、1ヶ月以内に処方薬があれば記入して下さい）

1. これまでに大きな病気にかかったことがありますか？　入院や手術の経験はありますか？（病名、時期、医療機関名、治療内容）

4.　この1年以内に健診を受けましたか？　　　はい　・　いいえ　（☆Myの方は省略可）

・健診を受けた年・月・日

・指摘された項目はありますか？

5.　ご家族（両親、兄弟）に病気の方がいますか？　続柄と病名を書いてください。

　例）母の母／糖尿病

　6.　これまで薬や食品で、アレルギーを起こしたことがありますか？（原因、症状）

**※裏面のご記入もお願い致します**

7（女性のみ）.　現在、妊娠中または授乳中ですか？　　いいえ　・　　はい　　　妊娠（　　　　）週

8.　普段の食事の回数は？　　　　　3回　・　2回　・　1回　／日

9.　食事で気をつけている点は？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

10.　好きな食べ物は？　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

11.　嫌いな食べ物は？　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

12.　現在、タバコを吸っていますか？　　　　　はい　・　いいえ

　　　（　　　　）本／日　（　　　　）歳から

13.　タバコの種類はどれですか？　　　　紙タバコ　・　加熱式タバコ　・　電子タバコ

14.　過去にタバコを吸っていたことがありますか？　はい　・　いいえ

　　（　　　　）本／日　（　　　　）歳から（　　　　　）歳まで

15.　コーヒーは飲みますか？　（　　　　）杯／日

16.　お酒は飲みますか？　　　　はい　・　いいえ

　　　（　　　　）回／週　お酒の種類（　　　　　）　（　　　　　）ml／日　（　　　　　）歳から

17.　身長・体重等は？

身長　　　　　　　　　　　　ｃｍ　体重　　　　　　　　　　　　ｋｇ　体温　　　　　　　　　　　　℃

不整脈　　ない　・　ある

18.　胃は丈夫ですか？　　　　　　　普通　　・　　弱い

19.　腸は丈夫ですか？　　　　　　　普通　　・　　弱い

20.　便秘がありますか？　　　　　　　いいえ　・　　はい

21.　日ごろ運動はしていますか？　　いいえ　・　　はい

　　（　　　　）回／週　　　　　1日平均（　　　　）分

　　 運動の種類は？　（　　　　　　　　　　　　　　　　）