

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： _____

2. 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）

3. 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 _____ °C

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? ()