

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	いつ頃より症状など簡潔にお書き下さい		いいえの方 左に記入
5	今までに診断・治療された病気について(生活習慣病含む) 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 呼吸器疾患 脳血管障害 ・ 血液疾患 ・ がん 何歳より () かかりつけ病院()		有 無 有りの方は 該当に○ かかりつけ医 を記載
6	本日はお薬手帳をお持ちですか		はい いいえ
7	重大な病気や・過去に手術や入院したことがある病気はありますか 年齢 病名・手術名 終了・治療中 病院名 終了・治療中 終了・治療中 終了・治療中		有 無 有りの方は 左に記入
8	タバコについて過去に吸ったことがある ☐ 過去にたばこを吸ったことがある ☐ 今も吸っている 一日 歳から 歳まで 本		有 無 有りの方は 左に記入
9	お酒は飲みますか ☐ 機会飲酒 ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎 ☐ 毎日 ()mL 本 合 杯		有 無 有りの方は 左に記入
10	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 ☐ 妊娠中 妊娠 ヶ月 ☐ 授乳中である 子供 ヶ月		有 無 有りの方は 左に記入
11	1年間で健診を受けたことがある 受診時期() 指摘されたこと()		有 無 有りの方は 左に記入