

フリガナ

患者名：

問診表

年 月 日

生年月日：T・S・H・R 年 月 日生

年齢： 才 男・女

※住所は 初めてクリニックを受診される方、住所変更があった方のみ記入してください

郵便番号： - 住所： 県 市・郡 区・町

電話・携帯番号（ ） -

玄関での体温

①今回、健康診断の結果を受けての受診ですか？ いいえ ・ はい

①で、「はい」の方は、返信する書類がありますか？ いいえ ・ はい

℃

1. 症状をお書きください ※発熱・風邪症状がある方は詳しく経過をご記入ください

いつ頃から

どこが

どのような
症状と経過
ですか？【職員記入欄：SPO₂ %】

2. 同居の方にコロナ・インフルエンザ陽性者がいますか？ いる（コロナ・インフル）・いない

3. 工作中・職場で発生した病気・けがですか？ いいえ ・ はい

4. 現在、他の医療機関に通院されていますか？（ ）病院の（ ）科

5. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？（ ）病院から ・ ない

6. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？（*必須） ない ・ ある
アレルギー物質とその症状（ ）

7. 今までにかかった病気に○を付けて下さい。現在も治療中のものには◎を付けて下さい。

- ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 糖尿病 ・ 結核 ・ 肺炎 ・ 喘息 ・ 脳梗塞
- ・ 胃、十二指腸潰瘍 ・ 前立腺肥大 ・ じんましん ・ 緑内障 ・ 白内障
- ・ がん⇒（ ） ・ その他（ ）

8. 手術歴 ない ・ ある（ ） 輸血歴 ない ・ ある

9. 1か月以内に、外国へ旅行をしましたか？ ない ・ ある（場所： ）

10. お酒を飲みますか？ 飲む ・ 飲まない タバコを吸いますか？ 吸う ・ 吸わない

11. 家族、血縁（両親・祖父母・兄弟姉など）に大きな病気があればご記入下さい
例：がん、高血圧、心臓病、糖尿病など

12. マイナ保険証による診療情報の同意 同意する ・ 同意しない

13. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可能
受診した ・ 受診していない

14. 現在、飲んでいる薬がありますか？ ない ・ ある

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1か月以内の処方を除き記載を省略可能

※お薬手帳があればお出しください

内容：

◆血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ ない ・ ある（ ）

◆女性の方にお聞きします。

13. 現在、妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある（今、《 》ヶ月）

14. 乳児のお子さんがいらっしゃる方へ 授乳中 ・ 授乳中ではない