

# 初診問診表

No. \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|                                                |                           |             |                    |
|------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------|
| 氏名                                             | ふりがな<br>_____             | 男<br>・<br>女 | T・S・H・R<br>年 月 日 才 |
| 住所                                             | (〒 _____ )                |             |                    |
|                                                | (自宅電話) _____              |             | (携帯電話) _____       |
| マイナ保険証による診療情報取得に同意いたしますか？<br>はい ・ いいえ          |                           |             |                    |
| ① 本日はどうされましたか？                                 |                           |             |                    |
|                                                | いつから？ _____               |             |                    |
|                                                | どこが？ _____                |             |                    |
|                                                | どうしました？ _____             |             |                    |
| 今回のけがの原因は何ですか？                                 |                           |             |                    |
| 交通事故 ・ 工作中(労災) ・ 通勤中 (通勤災害) ・ 第三者行為 ・ 学校 ・ その他 |                           |             |                    |
| ② 薬剤や食べ物に対してアレルギーはありますか？                       |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい 薬剤の種類 ( _____ )  |             |                    |
|                                                | 食べ物の種類 ( _____ )          |             |                    |
| ③ 今までに以下の病気にかかったことがあれば、○でお囲みください。              |                           |             |                    |
|                                                | ・ 糖尿病                     | ・ 腎臓病       | ・ 喘息               |
|                                                | ・ 心臓病                     | ・ 肝臓病       | ・ 高血圧              |
|                                                | ・ 上記以外の現在治療中の病名 ( _____ ) |             |                    |
| ④ 現在薬を服用していますか？                                |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい ( _____ )        |             |                    |
| * お薬手帳をお持ちの方は提示してください。                         |                           |             |                    |
| ⑤ いままでひどいけがや骨折をしたことがありますか？                     |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい ( _____ )        |             |                    |
| ⑥ いままで手術を受けられたことがありますか？                        |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい ( _____ )        |             |                    |
| ⑦ 一週間以内に胃透視X線検査を受けられましたか？                      |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい                  |             |                    |
| ⑧ “妊娠している可能性” がありますか？                          |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい ( 妊娠 第 _____ 週 ) |             |                    |
| “授乳中” ですか？                                     |                           |             |                    |
|                                                | いいえ ・ はい                  |             |                    |