

◆初診問診票◆

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男	年齢	生年月日	大・昭・平・令
氏名		女	歳		年 月 日
住所	〒				
電話番号	() -	本人携帯・自宅・その他 ()			
緊急連絡先	() -	勤務先・自宅・実家・その他 ()			

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

- ・いいえ
- ・はい

◆どのような症状でお越しになりましたか

例) 頭が痛い、眠れない、イライラする、憂鬱になる など

◆いつ頃からそうになりましたか

◆現在、他の医療機関に通院していますか

- ・いいえ
- ・はい 時期、医療機関名、治療内容等ご記入ください

◆現在服用しているお薬はありますか

- ・いいえ
- ・はい お薬手帳がある方をご提出ください。持参のない方は薬品名を記入してください
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方を除き、記載を省略可能)

薬品名：

◆今までにどんな病気をしましたか

病名、時期、医療機関名、治療内容等ご記入ください

◆今までに手術を受けられたことはありますか

- ・いいえ
- ・はい

手術名(病名)： 時期：

◆アレルギーはありますか

- ・いいえ
- ・はい その名前を記入してください(食べ物、薬、その他)

◆この1年間で特定健診又は高齢者健診を受診しましたか

- ・いいえ
- ・はい 受診時期、指導事項などを記入してください
(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)

◆(女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか

- ・いいえ
- ・はい

 妊娠中(妊娠 週) 授乳中

●ひびおクリニックを何でお知りになりましたか？ ()