



ご記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 女性
			<input type="checkbox"/> 平成	(歳)		
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
ご自身以外の緊急連絡電話番号		お名前				続柄	

☆ 具合の悪いのは、いつからですか？

- 今日から (_____ 時頃より) _____ 日前より _____ 週間前より
- _____ ヶ月前より _____ 年前より _____ 月 _____ 日から

体温 : _____ °C

身長 : _____ cm

体重 : _____ Kg

☆ 具合の悪いところを具体的に記入してください。
どこがどのように悪いですか？

- 頭痛 のど痛 鼻水
- 咳 痰 倦怠感
- さむけ 発熱 関節痛
- 腹痛 下痢 はきけ
- めまい 発疹 胸痛

◎今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃か()にご記入ください。

- 喘息 (_____ 頃) 肺炎 (_____ 頃) 脳の病気 (_____ 頃)
- 高血圧 (_____ 頃) 糖尿病 (_____ 頃) 高脂血症 (_____ 頃)
- 心臓病 (_____ 頃) 肝臓病 (_____ 頃) がん (_____ 頃)
- その他 (病名 : _____) (_____ 頃)

◎今までに手術の経験はありますか？ あり なし

◎現在、飲んでいる薬はありますか？ あり なし ➡ お薬手帳をご用意ください。

◎副作用が出たことのある薬はありますか？ あり なし
薬の名前 :

◎緑内障(眼圧が高い)はありますか？ あり なし

◎男性の方へ
前立腺肥大症はありますか？ あり なし

◎女性の方へ
妊娠している可能性はありますか？ あり なし

初診問診票②

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい・いいえ

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ

現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい・いいえ

医療機関名： _____

最終受診日： _____

診療内容： _____

この1年間で検診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受けておられますか？

はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1(マイナ保険証を利用しない場合)： 4点

加算2(マイナ保険証を利用した場合)： 2点



咲クリニック
SAKI CLINIC