



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