

外来初診問診票

フリガナ				
患者氏名				
生年月日	20	年	月	日

1. 今回、受診されるまでの経過をお書き下さい。

2. 妊娠中・出産時・乳児期について

出生時在胎()週 ()日	出生時体重()g 身長()cm 頭圍()cm
妊娠中や出産時に異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(仮死・黄疸・早産・その他)
健診で異常を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

3. これまでにかかった病気

入院したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)医療機関名()
全身麻酔/手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)医療機関名()
他に病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)
治療中の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)医療機関名()
いつも使用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前)

4. ご家族について

<両親>

<兄弟姉妹>(本人に○印をつける)

父()歳 健康(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	┌───┴───┐ ├───┬───┤ ├───┬───┤ ├───┬───┤ └───┬───┘	第1子 男・女 ()歳 健康(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
母()歳 健康(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)		第2子 男・女 ()歳 健康(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
		第3子 男・女 ()歳 健康(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
		第4子 男・女 ()歳 健康(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)

同居している方を○枠で囲んで下さい

ご家族に次のような病気の方はいますか？(○印をつける)

気管支喘息・アレルギー疾患・心臓病・腎臓病・糖尿病・高血圧・肝臓病・膠原病(関節リウマチなど)・高脂血症 血液疾患・悪性腫瘍・先天異常・免疫不全症・精神疾患・神経筋疾患(てんかん、筋ジストロフィー、ミオパチーなど)
--

20 年 月 日 署名

(本人・家族)

裏面に続く

○マイナ保険証による情報取得に同意しますか？

(はい ・ いいえ)

○現在、処方されているお薬がありますか？

(はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します)



薬剤名() 用量() 投薬期間()

薬剤名() 用量() 投薬期間()

薬剤名() 用量() 投薬期間()

(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください)

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います。
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。