

初 診 問 診 票

		記 入 年 月 日	年 月 日
氏 名		性別	生 年 月 日
カガナ		男 ・ 女	昭 和 平 成 令 和 年 月 日 (歳)
ご 住 所	〒 ー		
電 話 番 号	() ー	携帯電話番号 又は緊急連絡先	ー ー

◆以前、聖クリニックにかかれた事のある、**同じ住所・電話番号**のご家族の方がおられますか？

お 名 前	生 年 月 日	続 柄	お 名 前	生 年 月 日	続 柄

◆マイナ保険証を利用されますか？ はい いいえ

【はい とお答えの方】マイナ保険証による**診療情報取得**に同意していただけますか？ はい いいえ

◆今日はどうされましたか？ それはいつからですか？ (いつから→)

- 発熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 下痢 便秘 嘔吐 吐き気 胸やけ 食欲低下
痛い → 頭 のど 胸 おなか 背中 その他 ()
動悸・息切れ めまい・ふらつき 不眠 尿に血が混じる 頻尿

その他

◆現在、他の医療機関に通院しておられますか？ ※紹介状をお持ちの方は記入不要です。

通院なし 通院中

医療機関名・病名が治療内容をご記入ください。

◆現在、のまれているお薬はありますか？ ※マイナ保険証による情報取得に同意していただいた方は記入不要です。

ない ある

お薬の名前をご記入ください。薬剤情報の紙を出して頂いても結構です。

◆今までにかかったことのある病気をご記入ください。

高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 その他

◆お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない ある

何に対してですか？

◆【40歳以上の方】この1年間に健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意していただいた方は記入不要です。

受診した 受診していない

◆【女性のみ】現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ はい 妊娠中 (週数) 妊娠の可能性あり 授乳中