

問 診 票 (初診用)

ご記入日 202 年 月 日

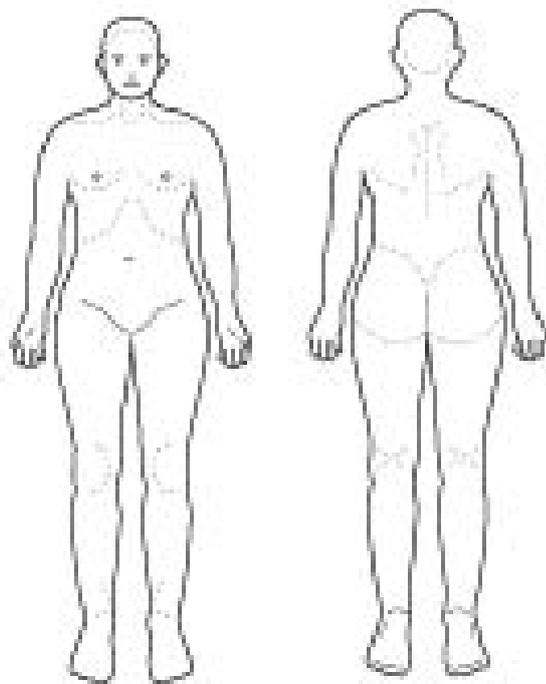
フリガナ		歳	身長： cm	体重： Kg
お名前		男・女	体温： 度 分	血圧： / mmHg
受診理由 (複数回答)	自宅に近い 職場に近い 家族や知人の勧め 過去に来院 (受診・予防接種・健康診断) 他の医療機関からの紹介 ホームページ (当院・埼玉県) を見て 電車等の広告を見て その他 ()			

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	はい いいえ
-------------------------	--------

※同意される場合は、以下の★印の項目 (直近1か月以前の処方薬・健診) への記入は不要です。

紹介状をお持ちですか？	なし あり
現在、他の医療機関に通院中ですか？	いいえ はい 医療機関名： 受診日： 治療内容：
★この1年間で市の健診を受診しましたか？	いいえ はい (受診時期： 年 月) (指摘事項等：)

症状のある部位に○をつけてください。



該当する症状又は受診理由に○を付けてください。

全身症状	めまい ふらつく だるい 貧血
精神的症状	疲労感 不眠/睡眠障害 うつ状態
かぜの症状	発熱 のどの痛み 咳・痰 鼻水
胸の症状	胸痛 呼吸困難 息切れ 動悸
お腹の症状	腹痛 下痢 便秘 吐き気 痔 胃痛 胃が不調 食欲不振 血便
皮膚	湿疹 かゆみ 発赤 腫れ 冷え
内科系以外の症状	頭痛 頸部痛 腰痛 排尿障害 肩こり 歩行困難 筋力低下/麻痺
外傷等	けが やけど 骨の変形 関節痛
思い当たる原因など	転倒 落下 ぶつけた 感染 事故 手術 アレルギー 持病
その他	検診精密検査 感覚異常 発語困難
検診・検査	大腸がん 胃がん 骨そしょう症
上記以外	

裏のご記入もお願いします。

症状はいつからですか？	今日（ 時間前）から （ ）日前から （ ）月前から 時々
治療中又は過去にかかった病気はありますか？	なし あり 高血圧 高脂血症 糖尿病 変形性～症 喘息 貧血 心疾患 脳出血/脳梗塞 認知症 便秘症 胃炎/胃潰瘍 前立腺肥大症 アレルギー性疾患（喘息・鼻・皮膚・眼） がん（ステージ： 部位： ） その他（ ）
医療の手帳をお持ちですか？ ※お持ちの方はご提示ください	なし あり 難病・特定疾患等（病名： ） 障害・級（種類）：身体 級（ ）・精神 級・療育 級
服用中のお薬はありますか？	なし あり お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください(以下の記載不要) 薬剤名・容量・投薬期間の順にお書きください 1. 2. 3. 4. 5.
入院・手術をされましたか？	なし あり （ ）頃 原因・治療内容（ ）
アレルギーはありますか？	なし あり 原因となったもの：薬 注射 食物 その他 具体的に（ ） 症状：目（かゆみ・充血）、鼻（鼻水・くしゃみ・痛み） 皮膚（かゆみ・じんましん・腫れ）、 呼吸器（喘息・呼吸困難）、ショック（血圧低下など）
タバコは吸いますか？	吸わない やめた（ ）年前に 吸う：1日（ ）本（ ）年間
お酒は飲みますか？	飲まない 飲む：週（ ）日 種類・量（ ）
女性の方のみ質問します	妊娠中：（ ）週目・わからない 授乳中：生後（ ）カ月

ご要望など	例) 高血圧、高脂血症、糖尿病等の栄養管理をして欲しい。骨密度を知りたい。
-------	---------------------------------------

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

加算1：4点（マイナ保険証未利用の場合）・・・自己負担割合が1割の場合 40円
 加算2：2点（マイナ保険証利用の場合）・・・・・・ 同 20円

※症状の原因がお仕事に係る場合は、申し出てください。

※ご協力ありがとうございました。