

初診受付 問診票

ふりがな お名前			生年月日		
			西暦	年 月 日 (歳)	
住所	〒			体重(小学生まで)	体温
				kg	℃
電話番号(自宅)			携帯		

該当するものに○をつけて下さい

症状はいつごろから？	今日 ・ 昨日 ・ おととい ・ () 日前 ・ その他() 頃から				
本日の症状	みみ	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳 痛い ・ かゆい ・ 聞こえにくい ・ 詰まった感じ ・ 耳だれ ・ 耳鳴り			
	はな	鼻水 (透明 ・ 色付き) ・ 鼻づまり ・ 鼻水が喉に流れる ・ 頬が重い 鼻がかゆい ・ くしゃみ ・ 鼻すすり ・ 鼻血 アレルギー検査希望 ・ 舌下治療相談 ・ レーザー手術相談			
	のど	咳が出る ・ 喉が痛い ・ 痰が絡む ・ 声がれ ・ 喉の違和感 ・ 口内炎			
	その他	めまいがする(ぐるぐる回る ・ ふわふわする) ・ 頭痛 ・ 睡眠時無呼吸 その他()			
	発熱症状	発熱はいつからですか？ 今日 ・ 昨日 ・ () 日前 ・ その他() 周りに発熱の方がいますか？ はい ・ いいえ ⇒ インフル ・ コロナ ・ その他()			

薬や麻酔で調子が悪く なった事がありますか？	はい ⇒ 薬 ・ 麻酔	薬名() 症状()
	いいえ	

◎女性の方へ

妊娠中またはその可能性は ありますか？授乳中ですか？	妊娠の可能性が 無 ・ 有 () 週 ・ 予定日(/) 授乳中 () カ月児) ・ 授乳していない
-------------------------------	--

◎お子様のみ

希望される薬の形状	錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ
-----------	----------------

現在治療中の病気は ありますか？	ぜんそく ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 緑内障 ・ 心疾患 前立腺肥大 ・ 甲状腺疾患 ・ 肝機能障害 ・ 腎機能障害 心療内科系疾患 ・ その他()	いいえ
---------------------	--	-----

飲んでいるお薬は ありますか？	手帳あり ・ 手帳なし ・ 手帳忘れ ・ 手帳アプリ お薬の名前()	いいえ
--------------------	--	-----

※お薬手帳お持ちの方は薬は記入せずお薬手帳を提出してください

今までアレルギー検査を 受けたことがありますか？	ある ・ ない ※あるに○をつけた方は検査結果を提出してください。
-----------------------------	--------------------------------------

裏面の問診もご記入ください



氏名		性別		年齢
姓	名	男	女	歳
住所	〒			番
〒	番			号

①

◆他医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ

はい ⇒ 紹介状を受付にご提出ください

②

◆現在、他医療機関に通院されていますか？

いいえ

はい ⇒ 医療機関名： _____
 受診日： _____
 治療内容： _____

③マイナンバーカードで受診した方のみお答えください

◆マイナンバーカードの受付時、診療情報取得に同意されましたか？

いいえ

はい ⇒ ④の記入は不要です

④40歳以上の方のみお答えください

◆この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？

いいえ

はい ⇒ 受診時期： _____
 指摘事項： _____

ご記入ありがとうございました。受付にご提出をお願い致します

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。

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 日本郵政ビルディング 10F
 TEL: 03-3542-1111 FAX: 03-3542-1112