初　診　問　診　票　　20　　年　　月　　日

フ　リ　ガ　ナ	
氏　　名	マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　　はい・いいえ
生　年　月　日	昭・平・令　　年　　月　　日　（　　歳）
住　　所	〒　　－
電　話　番　号	自宅　　（　　）
	携帯　　－　　－

来院目的に　チェックしてください。

□ 内科診療　　【　いつから　】

【　どのような症状　】

熱【　　℃　】

□ 皮膚科診療　　症状【　　】

□ 健診

□ 予防接種

□ ヘルストロン

□ その他　　【　　】

現在、他の医療機関に通院されていますか？　紹介状をお持ちですか？　はい・いいえ

医療機関名（　　）治療内容　（　　）

持病　もしくは　以前にかかったことのある大きな病気に　〇を付けてください。

糖尿病　　高血圧症　脂質異常症　痛風　心臓病　腎臓病　　肝臓病　　脳梗塞　膠原病

膠原病　　緑内障　　各種癌（　　）　その他（　　）

現在服用されている薬がある方　お薬手帳のある方は先生にお見せ下されば記載不要

手帳のない方　お薬の名前（　　投薬期間　　）

アレルギーのある方　　薬（　　）　食べ物（　　）

この一年間で　特定健診・高齢者健診　を受診しましたか？　　はい　・　いいえ

女性のみ　　現在　妊娠中または授乳中ですか？　　はい・いいえ　妊娠週（　　）