□入力済　□Dr.確認済

（ＩＤ：　　）　　年　　月　　日

ふりがな

名前　　生年月日　Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）

住所　　（ 職業　　）（ 配偶者　有・無 ）

電話番号（自宅）

（携帯）　　（緊急連絡先）　　（続柄：　　）

・よろしければ、当院を選んだ理由を教えて下さい。

（他院より紹介状持参、知り合いからの紹介、ｲﾝﾀｰﾈｯﾄを見て、その他　　）

・今日は食事をしてきましたか？　（ はい・・⇒　　時頃　いいえ ）

・家族構成を教えて下さい。（　　）＝　　人暮らし

・主に食事を作る人はどなたですか？（　　）

〇オンライン資格確認による情報提供として、薬剤情報の閲覧に同意しますか？（はい・いいえ）

特定健診の情報閲覧に同意しますか？（はい・いいえ）

〇限度額適用認定証明に同意しましたか？（はい・いいえ）

＊ 今日はどうしましたか？（当てはまるものがあれば〇、なければ次の項目に進んで下さい）

（　　）健康診断で再検査と言われた。

（　　）別の施設で治療をしているが、こちらのクリニックで診てもらいたい。

その他（　　）

＊ 今までに　大きな病気または、手術をしたことがありますか？　（　はい　　いいえ　）

はいに〇を付けた方・・病名は何ですか？

＊ 今現在　飲んでいるお薬があれば記入してください。

お薬手帳がある方は提出してください。

＊ 今までにお薬で副作用が出たことがありますか？

＊お酒は飲みますか？　（ はい　　/日　・　いいえ　）

＊タバコは吸いますか？（ はい　　本/日　・　いいえ　）

＊血縁者で

心筋梗塞の方はいらっしゃいますか？（ いる・・⇒　　・　いない ・ わからない ）

脳卒中の方はいらっしゃいますか？　（ いる・・⇒　　・　いない ・ わからない ）

糖尿病の方はいらっしゃいますか？　（ いる・・⇒　　・　いない ・ わからない ）

＊今　現在の

体重　　ｋｇ　　身長　　ｃｍ　　血圧　　／　　mmHg（　　）

ありがとうございました。問診表を受付までお願いいたします。