

# 初診時 問診票

ご記入ののち、[info@tanijiri.com](mailto:info@tanijiri.com) もしくは  
Fax (078-821-8007) に送信ください

来院時発熱 体温 \_\_\_\_\_ °C

ふりがな	男 女	大正	生年月日		
お名前		昭和	年	月	日生
ご住所 〒		平成	( )歳		
		自宅電話:			
		携帯電話:			

- 本日受診することになった主な症状は何ですか？ 当てはまる症状があれば○で囲んでください。  
発熱 ( 月 日 °C) 頭痛 関節痛 のどの痛み 鼻水 咳 痰 息苦しさ 胸痛 胸部圧迫感 動悸 不整脈 めまい 体重減少 食欲がない はきけ 嘔吐 みぞおちの痛み 下腹部痛 下痢 便秘 下血 口渇 全身倦怠感 眠れない 禁煙したい 健康診断で要受診と判定された  
その他 ( )
- その症状は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃からで、経過は (良くなっている・同じ・悪くなっている)
- 今まで大きな病気、手術、外傷などがありますか？  
\_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_
- 現在、他の医療機関に通院中ですか？ (はい・いいえ) はいの方は医療機関名、疾患、処方薬等を記入下さい  
高血圧、糖尿病、高脂血症、喘息、花粉症、脳梗塞、心臓病、緑内障、前立腺肥大、結核、がん、肝炎、その他  
( )
- 血縁者の方の病気を教えてください。病名のあとに、あなたとのご関係もご記入ください。  
高血圧 \_\_\_\_\_、糖尿病 \_\_\_\_\_、高脂血症 \_\_\_\_\_、癌 \_\_\_\_\_、脳梗塞・脳卒中 \_\_\_\_\_、  
狭心症・心筋梗塞 \_\_\_\_\_、突然死 \_\_\_\_\_、結核 \_\_\_\_\_、その他 ( )
- 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか？ ある方は具体的に薬品名・食品名・症状など記載してください  
(ない・ある \_\_\_\_\_)
- 女性の方にうかがいます  
最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ ) ( \_\_\_\_\_ 歳で閉経している)  
現在妊娠していますか？ (いいえ・可能性がある・はい \_\_\_\_\_ 週、出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
現在授乳中ですか？ (いいえ・はい)
- 下記の中で当てはまるものを選んでください  
タバコ：吸わない、吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳 ~)、禁煙した (以前は1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳)  
アルコール：飲まない、飲む (毎日・週に \_\_\_\_\_ 日・時々) (種類： \_\_\_\_\_、量 \_\_\_\_\_)
- 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答も可です)  
近くに住んでいる、職場が近くにある、ホームページ、看板、ご家族・知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)  
他の医療機関からの紹介 (紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください)、その他 ( \_\_\_\_\_)
- その他、何かご質問、ご相談はありますか？  
( \_\_\_\_\_ )
- 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)
- この1年間で特定健診および後期高齢者健診を受診しましたか  
(受診時期： \_\_\_\_\_ 指摘事項： \_\_\_\_\_)