

# 初診時いちせクリニック問診票

(令和 年 月 日)

フリガナ			
お名前	様 (男・女)		
生年月日	(昭・平・令)	年	月 日 歳
ご住所	〒		
電話			
体重	kg		
体温	°C		

本日の状態をご記入下さい ( チェック  を入れてください )

熱がある →  昨日から  今日から  2日前から  37°C  38°C  39°C

のどが痛い  鼻汁、鼻づまり、くしゃみがでる

咳がでる (  コンコン  ゴホゴホ  ゼロゼロ ・ ヒューヒュー )

目のかゆみ  目やに、目が赤い

耳が痛い →  左 ・  右  頭痛

吐く → ( 日前から1日 回 )

下痢 → ( 日前から1日 回 )

腹痛  便秘  元気がなく、ぐったりしている

排尿時痛・残尿感  筋肉痛・関節痛

ブツブツ (発疹)  じんましん

アレルギー検査希望

健診希望 →  4か月健診  10ヶ月健診  入園時健診  雇用時健診

薬のアレルギーがある → (何の薬で )

食物のアレルギーがある → (原因食物 )

妊娠中 (妊娠週数 週)  授乳中

他の医療機関に通院中 (医療機関名 治療内容 )

処方されている薬がある (薬剤名 )

大きな病気にかかったことがある (病名・時期 )

特定健診・高齢者健診 (1年以内) を受診した

他の医療機関からの紹介状を持っている

マイナ保険証による診療情報取得に同意する

他に心配なことは? ( )

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。