

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。