

①新患 問診票 湘寿クリニック

日付：令和 年 月 日

ふりがな： 氏名：	男・女	生年月日 大 昭 平 令 年 月 日	ID 番号 受付記入
住所：〒			
電話番号： ()			
緊急連絡先：氏名	続柄	連絡先	()

- ◇ マイナ保険証による診療情報（受診歴、薬剤、特定健診 情報等）取得に同意しましたか？ はい・いいえ
- ◇ この一年間で健診（特定健診および高齢者健診に限る）を受診しましたか？ はい・いいえ
- ◇ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ 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（妊娠週数 週）・ いいえ

◆今までに指摘されたことのある病気はありますか？○を付けてください。

① 特にない

② ある → 病名 _____

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 痛風 ・ 高脂血症 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ 喘息
 肺結核 ・ 肺炎 ・ 胃炎 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 肝炎（A型・B型・C型） ・
 脂肪肝 ・ 膵炎 ・ 甲状腺（機能亢進症・低下症） ・ 貧血

◆現在、他の医療機関で診察を受けていますか？

① いいえ

② はい → 病院名 _____

◆現在、飲んでいる薬はありますか？

① いいえ

② はい お薬手帳 あり・なし

◆これまでに大きな病気（入院や手術を要する病気等）にかかったことはありますか？

① いいえ

② はい → 病名 _____ 時期 _____
 医療機関名 _____ 治療内容 _____

◆今までに薬や食品等で副作用やアレルギーが出たことがありますか？

① ない

② ある → 薬品名 _____ 抗生剤・痛み止め・注射・消毒
 症状 _____ 例：ショック症状・じんましん・下痢

◆本日来院された理由として当てはまる症状に○を付けてください。

体温： _____ °C

胸痛 ・ 息苦しさ ・ 動悸 ・ めまい ・ だるさ（倦怠感） ・ 頭痛 ・ 発熱 ・ 咳 ・ 痰
 鼻水 ・ のどの痛み ・ 鼻づまり ・ 腹痛 ・ 腹部の張り感 ・ 下痢 ・ 便秘 ・
 吐き気 ・ 嘔吐 ・ アレルギー症状（くしゃみ・鼻水・眼のかゆみ） ・ 薄毛外来
 その他 _____

◆その症状はいつからですか？

今日 ・ 昨日 ・ 2～3日前 ・ 1週間前 ・ その他 _____

○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。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算 1…4 点 加算 2…2 点（マイナ保険証を利用した場合）