

ID \_\_\_\_\_ **外来新患受付および問診表** \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ お名前  (男・女)	職業	・現在の職業 該当するところに○してください ①農林水産業 ②製造業 ③建設業 ④飲食業 ⑤運輸業 ⑥医療・福祉 ⑦事務(IT、金融、公務員) ⑧営業販売 ⑨無職 ⑩その他( ) 仕事の内容( )
生年月日 明治・大正・昭和・平成  年 月 日 歳		・過去の職業 ( )内に該当する上記の番号をお書きください。 年 月頃( ) 年 月頃( ) ・現在の雇用形態 該当するところに○してください A.正社員 B.契約・派遣・パート社員・アルバイト C.自営
ご住所 〒 -		
電話番号 ( ) / 携帯番号 ( )	※固定電話と携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の番号もご記入ください。	
緊急連絡先 〒 - (続柄)		
①実家又はその他 連絡先(続柄)	電話番号 ( )	
②職場・会社名	/ 職場連絡先 ( )	

※緊急連絡先①②(どちらか一方は必ずご記入ください)  入力チェック

1 どのような症状で受診されますか？ (紹介状・健診結果等をお持ちの方は、受付でご提出ください。)

2 その症状はいつからですか？

3 次の病気にかかったことがあれば○で囲んでください。

またそれ以外にこれまで治療を受けた病気や入院、手術のご経験のある方はご記入ください。

糖尿病	高血圧	喘息	腎疾患	心疾患	潰瘍	肺疾患	肝疾患
脳梗塞	内分泌疾患	精神疾患	その他( )				
病名	時期	年	月頃				
病名	時期	年	月頃				
病名	時期	年	月頃				

4 現在、お薬を内服していますか？ はい・いいえ 内服しているお薬の名前を教えてください。

5 アレルギーについてお聞きます。

a) 薬で具合が悪くなったことはありますか？ ある・ない  
それはなんというお薬ですか？ ( )

b) 食べ物やその他の理由で具合が悪くなった事がある方はご記入ください。

種類 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

6 喫煙されていますか？ はい 本/日 いいえ 禁煙後 \_\_\_\_\_ 年

7 アルコールは飲まれますか？ はい 酒類: \_\_\_\_\_ 量: \_\_\_\_\_ (150ml=1合) いいえ

8 今までに輸血をされたことはありますか？ はい・いいえ

9 最近、一ヶ月以内に海外に行かれたか？ はい 国名( ) いいえ

10 女性の方にお聞きます。

現在、妊娠中ですか？ はい・いいえ・わからない 授乳中である( \_\_\_\_\_ ヶ月)

11 ドナーカード(臓器提供意思表示カード)の提示を希望されますか？ はい・いいえ

12 マイナ保険証により当診療所が診療情報を取得することについて同意しますか はい・いいえ

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。  
◆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)