

初診問診票

ふりがな	生年月日	年齢
お名前	昭和・平成・令和	歳
	年 月 日	性別 男・女
ご住所（〒 — ）		電話番号 (— —)
緊急連絡先（忘れ物の際などに使用しますので、必ずご記入ください）		
日中連絡がつく番号；（ — — ） 携帯電話・勤務先・自宅・家族・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つとめております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用に、ご協力をお願いいたします。

マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ （はい いいえ）

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ （はい いいえ）

本日受診した症状について教えてください。

（ ）

現在、他の医療機関に通院していますか？ （はい いいえ）

過去に精神科・心療内科の受診歴はありますか？ （はい いいえ）

他の医療機関から処方されている薬はありますか？ （はい いいえ）

（ ）

お酒は飲みますか？ （はい いいえ）

1日の飲酒量を教えてください（例：ビール 500ml）（ ）

薬や食品のアレルギーはありますか？ （はい いいえ）

お薬は後発品（ジェネリック薬品）を希望しますか？（はい いいえ）

女性の方に伺います。

現在妊娠していますか？ （はい いいえ）

現在授乳中ですか？ （はい いいえ）

ご協力ありがとうございました。