

友部セントラルクリニック(TCC) 初診時 問診表

* 当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。

ふりがな お名前	生年月日 年 月 日	職業
男・女	年 月 日	歳

身体状況把握のための問診ですが、ご不明の点はお尋ね下さい。

わかる範囲でお答えください。

【1】 当院のことを何でお知りになりましたか？

医療機関の紹介 ・ 看板 ・ インターネット ・ 知人紹介 ・ その他()

【2】 今回の症状についてご記入ください。

【3】 症状が出てから今までの経過

【4】 既往歴(今までにかかった大きな病気や怪我・入院歴や手術歴など)

【5】 現在、治療中の病気(有・無) (あてはまる項目に○をつけてください)

・高血圧 ・高脂血症 ・甲状腺 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳梗塞/脳卒中
・癌 ・糖尿病 ・不整脈 ・その他()

【6】 仕事の種類・内容()

仕事で体を使う程度(軽い ・ 中程度 ・ 重労働)

【7】 アレルギー(有・無)

食べ物では() 薬では()

【8】 たばこ (吸う ・ 吸わない) 一日平均 _____ 本 _____ 歳から

【9】 飲酒(しない・ _____ 回/週・ほぼ毎日) 種類() 1日の量(_____ 合・ml)

【10】 ご家族の病気(本人とのご関係も記載してください)

糖尿病(有・無) _____ 高血圧(有・無) _____ 甲状腺(有・無)
癌(有・無) _____ 脳梗塞・脳卒中(有・無) _____
狭心症・心筋梗塞(有・無) _____

【11】 当クリニックまでの交通手段/所要時間

・徒歩()分 ・自転車()分 ・自家用車()分 ・その他()

【12】 その他、お聞きになりたいこと

……裏面もあります。

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。

【1】 マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？（ はい ・ いいえ ）

【2】 他の医療機関からの紹介状は持っておられますか？（ はい ・ いいえ ）

【3】 現在、他の医療機関に通院されておられますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」とお答えの方は医療機関・受診開始日・治療内容を教えてください。

【4】 現在、飲まれているお薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」とお答えの方は薬剤名・用量などを教えてください。（お薬手帳をご持参でしたらご提示ください。）

【5】 この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診されましたか？（ はい ・ いいえ ）

【6】 (女性の方のみに伺います)現在妊娠中、または授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」とお答えの方で妊娠中の方は週数を教えてください。

記入日 年 月 日

ご協力ありがとうございました。記入されましたら受付までお戻しく下さい。