患者番号： 300

問 診 票 （初診）

職員用	新患・再初診	資格確認	問診	受付
		保険証① マイナ②		

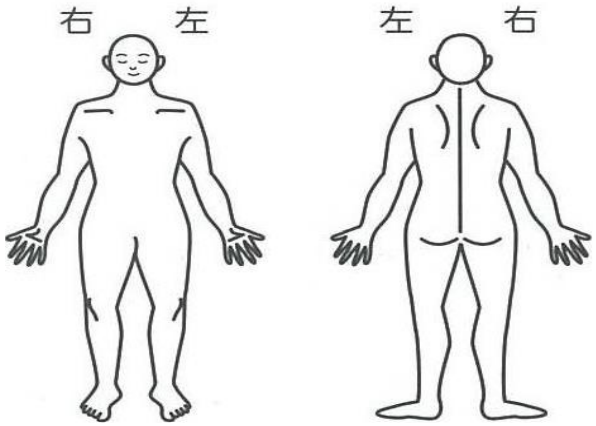
ホームページ印刷用

診察日	年　月　日		
フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏　名	男 ・ 女		年　月　日（　歳）
携帯電話	（　）	自　宅	（　）
住　所	〒　ー		

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか　はい ・ いいえ ・ 持っていない

＜ 症状についてお答えください ＞

●診察を希望する部位に〇をしてください



身長　cm ／ 体重　kg

●どのような症状ですか
痛い ・ しびれ ・ はれ ・ 違和感
その他（　）

●いつごろからですか
今日 ・ 昨日 ・ それ以前（　月　日）

●症状はいつ起こりますか
常にある ・ スポーツや運動時
寝ている時 ・ 起床時 ・ ときどき

●原因にこころあたりはありますか
なし ・ あり（下欄へ具体的にご記入ください）

交通事故 ・ 労災 ・ 学校での受傷

※ 紹介状 有・無

●同じ症状で他医療機関に通院されていますか
いいえ ・ はい　医療機関名、受診日、治療内容：

●持病または既往歴はありますか（例：高血圧、糖尿病、うつなど）（過去の病気、けが、手術等を含む）
いいえ ・ はい　病名：

●内服中の薬がありますか（お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください）
いいえ ・ はい　薬品名：

●薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか
はいの場合は空欄にお答えください　いいえ ・ はい（　）

●【女性のみ】妊娠の可能性がありますか
いいえ ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠中である（現在　週） ・授乳中である

●【40歳以上の方】この1年間で健診
（特定健診、高齢者健診）を受診しましたか　いいえ ・ はい

●【60歳以上の方】介護認定は受けていますか
はい の場合は介護保険証をご提出ください　いいえ ・ はい
【 要介護 ・ 要支援（等級:　） 】

当院は何で知りましたか	ホームページ ・ 看板 ・ NTT東日本関東病院 ・ SNS 紹介【 □知人　様　□家族　□他院　□薬局（　）　□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

2022/10/1改訂