

初 診 問 診 票

ID : _____

年 月 日

ふりがな			生 年 月 日	年 齢
名 前			・大正 ・昭和 ・平成 ・令和 年 月 日	歳
住 所	〒	携 帯 電 話		
		固 定 電 話		

◎ 本日、マイナカードをお持ちですか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方：マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (☐ 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)

◎ この1年間で特定健診、または高齢者健診を受けましたか (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方： ・ いつ受けましたか？ (年 月)

・ 何か指摘されましたか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方： ・ 指摘された内容 _____

◎ 本日はどうされましたか？

◎ この症状はいつからですか？ およそ () 前から

◎ 現在、他の病院またはクリニックに通院していますか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方： ・ 医療機関名 _____

・ 病名 / 症状 _____

◎ 現在、何かお薬は飲まれていますか？ ※お薬手帳があれば受付にて提示ください。 (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方： _____

◎ これまでに大きな病気にかかったり入院・手術をしたことがありますか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方： ・ いつ頃、病名、医療機関名 _____

※ 裏面のご記入もお願いします。➡

◎ 煙草を吸いますか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方: ☐ 過去に吸っていた

☐ 現在、吸っている (本 / 日)

◎ お酒を飲みますか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方: ☐ 毎日 / ☐ 週 () 日 (ml ぐらい)

◎ (女性の方) 妊娠している、または授乳中ですか？ (☐ はい ・ ☐ いいえ)

(はい) の方: ☐ 妊娠 () 週目 / () カ月

☐ 授乳中

◎ よろしければ、当院を知ったきっかけを教えてください。

☐ 知人、友人の紹介 ・ 差し支えなければ紹介して下さった方 () 様

☐ 家族が当院に受診したことがある、通院している

☐ 医療機関からの紹介

☐ インターネットで調べた

☐ 駅の看板を見た

☐ 近所だから

☐ その他 _____

★ ご協力ありがとうございました。★

個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました個人情報は当院で厳重に管理し、診療以外の目的では使用しません。

林 医院

HAYASHI CLINIC

〒663-8113

兵庫県西宮市甲子園口3丁目9-23

電話：0798-64-1551

※ 診察受付は 午前 11:45まで / 午後 18:45までとなっております。

診療時間	月	火	水	木	金	土
9:00 ~ 12:00	●	●	●	●	●	●
16:00 ~ 19:00	●	●	●	/	●	/

休診日：木曜・土曜午後、日曜、祝日

インターネットでのご予約

