



※病院職員記入欄※

体温	℃	血圧	/	脈拍	/分
SpO2	%	身長	cm	体重	kg

千葉大学医学部附属病院 病院共通<初診>問診票

記入日: 20 年 月 日

お名前		生年月日	年 月 日
職業 (現在無職の方は直近の職業)		電話番号	- -
		国籍	☐ 日本 ☐ 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します。
◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

マイナンバーカード（有・無）
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（いいえ・はい）
他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（いいえ・はい）
この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（いいえ・はい）
健診時期（ 年 月 ） 指導事項

来院された主な理由について			
① 今一番お困りのことは何ですか。			
② お困りのことについて詳しくお書きください			
いつから（○月△日から、○日前から）、経過、前医（紹介元）から説明されている内容など			
今までに診断・治療された病気について			
③ 以下の病気と言われたことがあれば、○をつけてください。			
高血圧・糖尿病・脂質異常症・心臓病・腎臓病・脳血管障害・呼吸器疾患・血液疾患・がん			
④ 現在通院している病気や過去にかかったことのある病気を記入してください。			
西暦または年齢	病名・手術名	治療状況	病院・診療所名
		終了・通院中	
		終了・通院中	
		終了・通院中	
		終了・通院中	
⑤ 今までに手術を受け、体内に金属はありますか			
☐ ない ☐ ある（どのような金属ですか： ）			
⑥ 入れ墨、アートメイクをしていますか		⑦ 取り外し可能な義歯はありますか	
☐ ない ☐ ある（体の部位： ）		☐ ない ☐ ある（部位： ）	

↓裏面もお答えください↓

⑧ 家族(血縁)が下記の病気だった場合、全てにチェックをし、カッコに続柄を記入してください。			
☐ 高血圧	()	☐ 糖尿病	()
☐ 心臓病	()	☐ 脂質異常症	()
☐ 脳血管障害	()	☐ がん	(): 部位 ()
☐ その他	病名: () 続柄: ()	病名: () 続柄: ()	
お薬について			
⑨ 現在、使用しているお薬（内服・外用・注射・市販薬を含みます）はありますか？			
☐ なし			
☐ あり → ・マイナ保険証に同意いただいた方は記入不要です。 ・お薬手帳をお持ちの方は、窓口へ提出いただければ記入不要です。			
※マイナ保険証に同意していない・お薬手帳をお持ちでない方のみ、以下に記入してください。			
薬剤名:			
⑩ その他、漢方薬やサプリメント、健康食品など摂取しているものがあれば記入してください。			
※使用している場合、手術など治療に影響を与える可能性があります。記入の上、必ず医師に相談してください			
アレルギーについて			
⑪ 食物アレルギーはありますか？ 例：たまご、乳製品、小麦、ピーナツなど			
☐ ない・知らない ☐ ある（品名: () 症状: ()			
⑫ 薬剤アレルギーはありますか？ 例：造影剤、抗生物質、麻酔など			
☐ ない・知らない ☐ ある（品名: () 症状: ()			
⑬ その他アレルギーはありますか？ 例：金属、ラテックス、アルコール剤など			
☐ ない・知らない ☐ ある（品名: () 症状: ()			
生活習慣について			
⑭ お酒について			
☐ 飲まない ☐ 過去に飲んでいたがやめた(1ヶ月以上経過) やめた年齢 () 歳頃			
☐ 飲む いつから () 歳から () 回/週 種類: () 1回の量: () 杯			
⑮ たばこについて			
☐ 今まで吸ったことがない			
☐ 過去に吸っていたがやめた(1ヶ月以上経過) → 以下に詳細を記入してください			
☐ 今も吸っている → 以下に詳細を記入してください			
喫煙年数 () 年 年齢 () 歳～ () 歳頃まで 喫煙本数 () 本/日			
女性の方にお伺いします			
⑯ 現在、妊娠していますか ☐ いいえ ☐ 可能性がある・はい 妊娠 週目 分娩予定日 年 月 日			
⑰ 現在、授乳していますか ☐ いいえ ☐ はい			
病院職員に知っておいてほしいことを自由に記載ください。			

ご協力ありがとうございました。すべてを記入したら、受付へご提出をお願いします。

※診療科用に別の問診票に記入いただく場合があります。ご確認ください。