



※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<br><small>(現在無職の方は直近の職業)</small> |  | 電話番号 | - -                                                          |
|                                     |  | 国籍   | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 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  
☐ない ☐ある（体の部位：）

⑦ 取り外し可能な義歯はありますか  
☐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。                                            |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 高血圧                                                              | ( )                | <input type="checkbox"/> 糖尿病   | ( )         |
| <input type="checkbox"/> 心臓病                                                              | ( )                | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | ( )         |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害                                                            | ( )                | <input type="checkbox"/> がん    | ( ): 部位 ( ) |
| <input type="checkbox"/> その他                                                              | 病名: ( )<br>続柄: ( ) | 病名: ( )<br>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？                                                   |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> なし                                                               |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 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                                                      |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> ない・知らない <input type="checkbox"/> 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                                                          |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> ない・知らない <input type="checkbox"/> 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                                                     |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> ない・知らない <input type="checkbox"/> ある（品名: ( ) 症状: ( )              |                    |                                |             |
| 生活習慣について                                                                                  |                    |                                |             |
| ⑭ お酒について                                                                                  |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 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 |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 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                                                                                 |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 今まで吸ったことがない                                                      |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 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                           |                    |                                |             |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。

## 当院受診前に必ずご確認ください

### ☐ 紹介状（元の主治医に紹介状作成を依頼）

直近でおかかりの病院から当院宛ての紹介状をご持参ください

### ☐ 残薬確認 \_\_\_\_\_日分（ 追加処方 要 ・ 不要 ）

⇒ 公費の手続きは数ヶ月かかることがあります。その間に薬がなくなると、場合によっては公費無しでの支払いとなる可能性があります。手元の薬が少ない場合は、転院前に、元の主治医に薬の追加処方を依頼してください。

### ☐ 自立支援医療(更生医療)の手続き

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日までに、\_\_\_\_\_役所 \_\_\_\_\_課で手続きを行う

⇒ 更生医療は事前に登録した病院・薬局でしか利用できません(登録した病院・薬局は、受給者証に記載されています)。病院・薬局を変更する際は、役所で登録変更手続きを行う必要があります。

⇒ 転居などで、そもそも住民登録する市区町村が変わる場合は、現在使用している更生医療受給者証は使うことができません。転居する前に、転居先の市区町村の役所に必要な手続きについてお問い合わせください。

※手続きに必要な「自立支援医療(更生医療)要否意見書」は、当院で作成する必要があります。役所で申請をする際に、意見書の用紙をもらい、総合案内にて意見書作成申し込みを行ってください。

### ☐ ※ご利用の方のみ

#### 重度心身障害者医療費受給券(心身障害者医療費助成受給券)

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日までに、\_\_\_\_\_役所 \_\_\_\_\_課で手続きを行う

⇒ 転居等で市区町村が変わる場合は、現在所持している受給券は使用できなくなります。転居前に転居先の市区町村の役所で必要な手続きについて確認してください。なお、市区町村によっては、制度そのものが無い場合や、全く違う名称の制度となっていることがありますのでご注意ください。

(転居先での制度の名称 \_\_\_\_\_)

※転居せず、病院・薬局だけを変更する場合は、特に手続きは必要ありません。