

問診票

下記について記入、または○で囲んでください。もしご不明な点がございましたら、窓口でお聞きください。

ふりがな	男・女	大正	年	月	日生
お名前		昭和			
ご住所 〒			自宅電話番号		
			携帯電話番号		
勤務先 :					
その他の連絡際先電話番号 :					

1) 今日はどのような症状でおいでになりましたか？ (例:昨日より胃が痛い。吐き気もする。)

症状 :	体温	°C
それは、いつ頃からですか？ :		

2) 今までに、入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

はい (病名 :) -いいえ

3) 現在、通院している病院はありますか？

はい (病院名 :) -いいえ

4) 現在、服用している薬はありますか？

はい (薬品名 :) -いいえ

5) 今までに手術を受けたことがありますか？

はい (病名 :) -いいえ

6) 薬のアレルギーはありますか？

はい (薬品名 :) -いいえ

7) 現在、妊娠の可能性はありますか？

はい ・ いいえ

8) 生活習慣についてお尋ねします。

a) アルコールを飲みますか？

はい (時々 ・ 週に2-3回 ・ ほぼ毎日) -いいえ

b) たばこを吸いますか？

はい (本/日 × 年) -いいえ

9) 本日、健康診断の結果や紹介状などをお持ちですか？あれば、窓口にお出してください。

10) 差支えなければ、当院受診の契機を教えてください。

近いから ・ ホームページを見て ・ 駅看板を見て ・ 知人の勧め ・ 家族が通院している
その他()

ご協力ありがとうございました。

まえ川 内科クリニック