

年 月 日

問 診 票

ID: _____

フリガナ

生年月日

お名前:

男・女

T・S・H

年

月

日

歳

ご住所 (お部屋番号もご記入下さい)

電話番号 ()

—

〒 —

診療上重要な参考項目になりますので、お手数ですがご記入お願い申し上げます

①今日はどうなさいましたか。 症状はいつからですか。→ から 現在の体温 ℃

発熱 ℃ 風邪症状 ※風邪症状がある方は続紙もご記入下さい 吐気・嘔吐 胃痛・腹痛 下痢

肛門痛 痔核 下血 膀胱炎 花粉症 アレルギー症状 禁煙外来 内視鏡・腹部エコー検査

人間ドック 予防接種 健康診断 診断書 その他()

②今までにかかれた、あるいは現在治療中のご病気はありますか。

特になし

高血圧 高脂血症 高尿酸血症(痛風) 糖尿病 心疾患 不整脈 甲状腺疾患

胃十二指腸潰瘍 花粉症 喘息 痔核 眼病()

悪性腫瘍(ガン): 部位() その他の病気()

手術歴: _____年 _____のため手術・現在の状況: _____

③現在、服用中のお薬(外用薬を含む)はありますか。

(本日お薬手帳をお持ちの場合は、受付へご提示をお願いします。)

いいえ ・ はい (お薬名:)

④お薬や食べ物などでアレルギー反応が出たことはありますか。

いいえ ・ はい (何で: _____)

⑤ご家族に下記のご病気の方はいらっしゃいますか。

高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患 不整脈 甲状腺疾患

悪性腫瘍(ガン): 部位() その他の病気()

⑥生活習慣についてお伺いします。(20歳以上の方のみ必ずご記入ください)

タバコ: 吸わない ・ 吸う(1日_____本) ・ やめた(1日_____本_____年間)

アルコール: 飲まない ・ 時々飲む(1合以上・少量) ・ 毎日飲む(1合以上・少量)

※1合の目安(ビール500ml、グラスワイン2杯)

⑦女性の方のみお伺いします。

現在妊娠されている可能性はありますか(有・無)

⑧当クリニックをどのようにお知りになりましたか。(○はいくつでも結構です)

インターネット・自宅が近い・勤務先が近い・広告物(駅看板・電柱広告・その他)

ご紹介: ご家族・会社の方・知人(_____)さん・(_____)病院の(_____)先生

⑨流行性疾患や健康診断等の医療情報を提供しております。お送りしても宜しいですか? はい・いいえ

⑩診療内容の明細書の発行を希望されますか? はい・いいえ

ご記入いただきありがとうございます。
本問診票にご記入いただいた個人情報は診療行為のみに使用し、厳重に管理いたします。