

問診票(内科)

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前		様				
ご住所	〒		電話	自宅	()	
				携帯	()	
			本日の体温 ()℃			

1. なぜ当院を選ばれましたか？

家・職場が近いから 紹介(知人・友人・家族) ホームページ 看板 その他 ()

2. 本日受診されることになった おもな症状は何ですか？

(例:お腹が痛い、咳がひどい、熱がある、吐き気がする、等の症状など)

()

それは、いつ頃ですか？ () 日から() 日前ごろから

3. いままでどんな病気にかかりましたか？

ない ある

ある場合 → 心臓病、 肝臓病、 腎臓疾患、 肺疾患、 脳疾患、 高脂血症
 糖尿病、 高血圧症、 低血圧症、 リウマチ、 喘息、 痛風
 その他

4. 現在、医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？

ない ある

ある場合 → 分かる範囲で薬の名前(種類)をご記入下さい()
 又は、お薬手帳をお持ちの場合はお知らせ下さい。

5. ジェネリックを希望されますか？

はい いいえ

6. 薬や食べ物で気分が悪くなったり発疹がでたことがありますか？

ない ある ()

7. 家族で重大な病気、難病、生活習慣病や慢性の病気にかかった人がおられますか？

ない ある ()

8. 以下の項目についても御記入ください。

- ・お酒 : 飲まない、時々飲む(月に____回、週に____回)、毎日飲む
- ・タバコ : 吸わない、やめた(吸っていた期間は____年間、平均____本/日)
 吸う(____歳から、平均____本/日)
- ・サプリメント・健康食品 ・服用中() ・服用していない

9. 女性の方にお聞きします。 妊娠している(カ月)、その可能性がある、していない
 授乳中である (1日 回)

10. その他医師にご相談したいことがありましたら御記入ください。

()

健診結果やお薬手帳をお持ちの場合は受付までお願いします。