

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。

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様					
ご住所	〒		電話	自宅 携帯	() ()	
身長	cm	体重	kg	発熱の方のみ	本日の体温	()℃

健診結果やお薬手帳をお持ちの場合は診察前に受付までお願いします。

- 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 ()
様
- 本日受診されることになった おもな症状は何ですか？
(例:発熱、咳、咽頭痛、痰、倦怠感、鼻汁、腹痛、下痢、頭痛、シミ、レーザー治療、ダイエット外来 等)
()
・それは、いつ頃ですか？ () 日から) () 日前ごろから)
- いままでにどんな病気にかかりましたか？ ない ある
既往歴 → ()
現在通院中の病気→ ()
- 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 ()
お薬手帳をお持ちの場合は受付スタッフにお渡し下さい
- ジェネリックを希望されますか？ はい いいえ
- 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 (牛乳 小麦 卵 その他 ())
- 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 ()
- 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
- 女性の方にお聞きします。 妊娠している()ヵ月)、その可能性がある、 していない
授乳中である (1日 回)
- その他医師にご相談したいことや、ご希望の検査がありましたら御記入ください。
()