

内科問診票

ふりがな				生年月日
お名前	男 女	年 月 日 (歳)		
住所	〒			
電話番号	()	携帯電話	()	

■ 本日はどのような症状で受診されますか？ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

本日の体温 _____℃

どこがどのように悪いですか？

■ いつからですか？ _____ 月 _____ 日 _____ 午前/午後 _____ 時頃より

■ 3週間以内に渡航歴はありますか なし ・ あり (/ ~ / 国: _____)

■ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____年 _____月 _____日から _____にかかっている

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを () にご記入下さい。

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 喘息 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> 肺炎 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> 結核 (_____ 歳頃) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> 肝臓病 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> 腎臓病 (_____ 歳頃) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> がん (_____ 癌 _____ 歳頃) |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 (_____ 歳頃) | <input type="checkbox"/> その他 (病名: _____) | |

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: _____

いつ頃: _____

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり 薬品名: _____

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入して下さい。

- | | | |
|-----|-----------------------------|---------------------------------------|
| 薬品 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (_____) |
| 食べ物 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (_____) |
| その他 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (_____) |

■ たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____本、約 _____年間)

アルコール 飲まない 飲む (種類: _____ 1回 _____杯、毎日 時々 月2-3回)

■ 女性の方へ

妊娠中ですか？またその可能性はありますか？ ない ある (_____ か月)

授乳中ですか？ はい いいえ

■ 個別の診療報酬の算定項目が分かる明細書をご希望されますか？ (院内のポスター参照)

はい いいえ

※ お電話で予約、順番取りをされている方は受付にお申し出ください。