

問診表 (内科 初診用)

はぶ小児科・内科

お名前でお呼び出ししてよろしいでしょうか？ (はい・いいえ)

ID _____ 体温(_____ °C) (受診日) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 才)

ご住所 〒(_____)

_____ 都 道 府 県 _____ 市 区

TEL(_____) 携帯(_____)

日中連絡先(_____) 緊急連絡先(_____)

1. いつから、どのような症状ですか？

(いつから・・・) _____)

(どのような・・・) _____)

2. 今回の症状についてどこかで治療や投薬を受けたことがありますか？

ない・ある 病院名(_____) 薬名(_____)

3. 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えてください

ない・ある (病名 _____) 病院名(_____) 薬名(_____)

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

4. 今までにかかられた病気や手術は、ありますか？

ない・ある (高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓病・脳梗塞・ガン・喘息・アトピー・花粉症・アレルギー性鼻炎)

その他 ない・ある (_____)

手術歴 ない・ある 手術した病名(_____)(_____)歳 手術した病院(_____)

手術した病名(_____)(_____)歳 手術した病院(_____)

入院歴 ない・ある 入院した病名(_____)(_____)歳 入院した病院(_____)

入院した病名(_____)(_____)歳 入院した病院(_____)

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

ない・ある (薬 _____) 症状(_____)

ない・ある (食物 _____) 症状(_____)

6. タバコは吸われますか？

吸わない・吸う(1日 _____ 本)

7. お酒は飲めますか？

飲まない・飲む(週に _____ 日)

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中又は、妊娠の可能性は、ありますか？ (いいえ・はい) 最終月経(_____ 月 _____ 日頃～)

授乳中ですか？ (いいえ・はい)

8. 当院では、以下の検査や治療を行っております。説明をご希望の方は、○をつけて下さい。

血液検査・尿検査・レントゲン・心電図・アレルギー検査

どちらで、当クリニックをお知りになりましたか？

紹介(_____ 様)・ホームページ・看板・通りがかり・その他

ご家族で当院の診察を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

※はいの方に伺います→ 患者様名(_____) 続柄(_____)