

問 診 表 (内科初診用)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名			
住所	〒		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
身長・体重	cm		kg

1. 今日はどんな症状で受診されましたか？ 体温 (度)
 症状 ()
 いつから ()

2. 現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

①はい (はいの方は下記に○を付けて下さい) ②いいえ

A. 糖尿病	B. 高血圧	C. 高脂血症	D. 心臓病(不整脈を含む)
E. 腎臓病	F. 脳疾患	H. 肝臓病	I. 緑内障
J. その他 ()			

3. 現在、内服している薬はありますか？

①はい (薬剤名:) ②いいえ

*お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

4. 過去に重大な病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

①はい (病名: 輸血の有無: 有・無) ②いいえ

5. 現在までに食べ物や薬剤で何らかの異常 (発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど) が起こったことはありますか？ *アレルギーの有無について

①はい (食物名/薬剤名:) ②いいえ

6. 来院1ヶ月以内に予防注射を受けましたか？

①はい (予防接種名:) ②いいえ

7. 女性の方へ

現在妊娠していますか？ ①はい (週数:) ②いいえ

授乳中ですか？ ①はい ②いいえ

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

- ・当院を知ったきっかけは？
 電話帳・建物看板・家族、友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・
 他医療機関の紹介・その他 ()
- ・通院手段は？
 徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車