

受診日 西暦 年 月 日 ID: _____

初めて内科を受診される方は下記の事項にご記入をお願いします。

フリガナ

氏名 _____ 年齢 歳 性別 男・女 職業 _____

住所 _____

自宅 (_____) _____ 携帯 _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg BMI: _____

bp (35歳以上) _____ / _____ p 体温 _____ °C

登録者

1. どうなさいましたか。

いつから _____

どこか _____

どのように _____

2. 今までに入院するような大きな病気をしましたか。

いいえ

はい

↳ 何歳の時にどんな病気ですか。 _____

3. 血縁のある家族に以下の病気を持った方がいらっしゃいますか。

○ 印をお付け下さい。

肝臓病・高血圧・糖尿病・脳卒中・心疾患・ _____ 癌・喘息・その他 (_____)

該当なし

4. 嗜好品について

飲酒習慣 なし・週 _____ 回 1回につき: 酒 _____ 合、焼酎 _____ 杯、ビール _____ ml × _____ 缶

喫煙歴 なし・あり 1日 _____ 本位 _____ 歳から _____ 歳まで _____ 年間

5. 注射や薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。

いいえ

はい どのような薬ですか _____

どうなりましたか _____

6. 他のクリニックに通院していますか。

いいえ

はい _____ 医院、病院

↳ お薬手帳持参 なし・あり 薬内容: _____

7. 妊娠していますか。(女性のみ)

いいえ

はい 妊娠 _____ ヶ月

8. 授乳していますか。(女性のみ)

いいえ

はい

8. 領収書と一緒に明細書を発行させて頂いておりますが、詳細な明細書の発行は必要ですか？(必要・不要)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※この問診表の個人情報は、診療及び当院の運営管理においてのみ使用させていただきます。