

ID _____

記入日 年 月 日

内科 問 診 票

フリガナ				性 別	男	女		
氏 名	様							
生 年 月 日	大 昭	年	月	日	歳	自 宅	-	-
	平 令					携 帯	-	-
住 所	〒 -							
	体温	℃	身長	cm	体重	kg	要介護 要支援 あり・なし	

- ① 当院をお知りになったきっかけをお教えてください。(必ず記入ください)
- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知人からのご紹介 | <input type="checkbox"/> 当院のサイトを見た | <input type="checkbox"/> 病院検索サイトで調べた |
| <input type="checkbox"/> 当院の建物を見た | <input type="checkbox"/> 看板を見た(駅・電柱・ビル) | <input type="checkbox"/> チラシを見た |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

② 今日はどのような症状で受診されましたか

④ 症状はいつからですか？

- 本日から 2～3日前から 1週間前から 1ヶ月前から 半年以上前から

⑤ 診察の内容について、ご希望をお聞かせください。

- 検査や薬の費用をできるだけ抑えたい
 通常の診察・検査・治療を希望
 必要な検査や治療であれば費用がかかっても受けたい

⑥ よろしければ詳しい相談内容をお教えてください。(任意)

⑦ 今回の症状について、他の医療機関で受けたことがありますか。

- ある ない

→裏面もご記入ください

⑧ 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ）

- はい いいえ

診療に役立てるため、以下についてもお尋ねします。

現在治療中、または治療を受けたご病気があれば教えてください。

- 喘息 糖尿病 緑内障 高血圧 高脂血症
 胃潰瘍 前立腺肥大 脳梗塞 心疾患 悪性腫瘍(がん)
 骨折（部位： ） その他（ ）

ご家族で大きな病気にかかったり、手術を受けられたことがありますか。

（高血圧、糖尿病、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞、不整脈、脳卒中、がん、大腿骨骨折、精神疾患、喘息など）

- ない ある → それはどのような病気ですか…（ ）

現在飲んでいる薬はありますか。

- ない ある ※「ある」と答えられた方は診察時にお薬手帳をお渡しください。

お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

- ない ある
（ ※具体的に： ）

たばこは吸いますか？

- 吸わない 吸う（1日 本位を 年間）
 過去に吸っていた（ 年前まで1日 本ぐらいを 年間）

飲酒しますか？

- 飲まない 時々飲む 毎日飲む

ご職業を教えてください。（任意）

（ ）

運動習慣について教えてください。

- 運動はしていない 時々運動する 習慣的に運動している