

問診票

内科 消化器内科(内視鏡) 女性内科
北浜よしおか
内科クリニック

年 月 日

フリガナ

お名前

様

男・女

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

日

(歳)

〒

-

住 所

連絡先

自宅 ()

-

緊急時 ()

-

携帯電話

-

-

連絡先名

診察の呼出し時にお名前を呼ばれたい方には番号札をお渡ししています。
診察室に入られてからお名前を確認いたします。
なお、番号札は会計時に回収させていただきます。

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介

インターネットを見て

院長のかかりつけ

広告・看板を見て

副院長のかかりつけ

その他

1.本日は『どこ』を『どうされました』か？

2.その症状は『いつ』からですか？

3.現在、他の医療機関で通院されていますか？

はい いいえ

4.通院されているのは何の病気ですか？

5.現在、服用中の薬はありますか？

はい、と答えられた方 お薬名()

はい いいえ

6.今までに大きな病気・手術をされたことがありますか？

はい、と答えられた方へ

はい いいえ

病名 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳卒中 がん その他()

いつ頃

手術名

裏面にもご記入ください。

7.今までに健康診断などで下記の事を指摘されたことがありますか？

- | | | |
|-------------------------|----|-----|
| ●血圧が高いと言われた | はい | いいえ |
| ●血糖値が高いと言われた | はい | いいえ |
| ●コレステロール値や中性脂肪値が高いと言われた | はい | いいえ |
| ●不整脈や心臓が悪いと言われた | はい | いいえ |
| ●過去1年以内に健康診断を受けたことがある | はい | いいえ |

8.今までに医師よりアレルギー体質(喘息を含む)と言われたことがありますか？

はい いいえ

9.お薬のアレルギーはありますか？

はい いいえ

10.ご家族でアレルギー体質の方はいますか？

はい いいえ

11.注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たことがありますか？

はい いいえ

12.嗜好品についてお尋ねします。

タバコ	吸う (本/日)	・	吸わない
アルコール	飲む (/日)	・	飲まない

女性の方へ

現在 妊娠している、またはその可能性がありますか？

はい いいえ

当クリニックに対するご意見・ご感想があればご自由にお書きください。

記入が終わりましたら、受付まで提出してください。

この用紙に記入された事柄は、当クリニックでの診療以外に使用することはありません。

内科 消化器内科(内視鏡) 女性内科
 北浜よしおか内科クリニック