

# 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

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       広告・看板を見て  
 その他

1. 本日は『どこ』を『どうされました』か？ (具体的な症状をご記入ください。例: 風邪→咳、鼻水 など)

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 いいえ  
はい、と答えられた方    お薬名( )

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 いいえ  
はい、と答えられた方    いつ頃( )    手術名( )

7. 今までに健康診断などで下記の事を指摘されたことはありますか？

血圧が高い・不整脈や心臓が悪いと言われた	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が高いと言われた	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. 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

10. 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(種類 量 /毎日・週 回・月 回 ・ 飲まない)

11. 女性の方へ: 現在妊娠していますか？あるいは妊娠の可能性はありますか？      はい いいえ  
妊娠中( 週)

ご記入が終わりましたら受付へ提出してください。