

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。