

内科 問診票

フリガナ

M・T・S・H・R 年 月 日生

氏名

()歳 男 ・ 女

職業 ()

身長 (cm) / 体重 (kg)

緊急連絡先(家族・勤務先など)

〒
住所

ご連絡先

電話

(携帯)

(自宅)

連絡先名

続柄 ()

メールアドレス

@

電話番号

1. どうなさいましたか

2. それはいつ頃からですか (年 月 日頃より)

3. 他の病院に現在通院中ですか

はい (病院名) (病名) ・ いいえ

4. 現在服用中の薬はありますか

ある (薬名) ・ ない

◇ ある を選んだ方 : お薬手帳は本日持ってきていますか (はい ・ いいえ)

5. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (病名) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか

ある (病名) ・ ない

6. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある () ・ ない

② 下記のものでアレルギー症状が出た、またはアレルギー体質といわれたことがありますか

金属 ・ アルコール ・ ラテックス ・ その他 () ・ ない

7. 喫煙歴はありますか

なし ・ あり (1日 本 × 喫煙年数 年) (現在 ・ 過去)

8. 緑内障と診断されたことはありますか

はい (病院名) ・ いいえ

つづいて裏面のご記入をお願いいたします

◇ はい の方のみお答えください。

10. (男性の方のみ) 前立腺肥大または前立腺癌と診断されたことはありますか

11. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか

12. 医療行為や日常生活に制限を有する宗教を信仰していますか

13. 診察について何かご希望等ございましたら、ご記入ください

◇はい、の方のみお答えください

・この1年間で市の特定健診を受診されましたか？（ はい ・ いいえ ）

①前から知っていた ②他院より紹介された(病院名 紹介状: 有・無)

③ 知人に聞いた ④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ その他()

こちらの問診票を受付職員へお渡しください。