

受診時、問診票は受付にご提出ください

(問診票) 内科

記入日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名		年 月 日 歳
住所 〒 -		
本人連絡先: - -	他連絡先: - -	(続柄: )

連絡先は2か所お願いしております

1) どのような症状がありますか?該当するものに○をつけて下さい。

かぜ症状 (発熱 °C せき たん 鼻水 喉の痛み) 胸痛 動悸 息切れ  
胃痛 腹痛 嘔吐 下痢 食欲がない 頭痛 高血圧 めまい 貧血  
睡眠時無呼吸外来 胃・大腸カメラ希望 健康診断再検査 (食前 ・ 食後 )  
その他 ( )

2) 症状はいつからですか? \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日頃から

3) 今回の症状で他の病院等を受診しましたか?

いいえ ・ はい⇒ 紹介状 有・無 ⇒医療機関名: \_\_\_\_\_

4) 今までかかったことのある病気や治療中の病気があれば○をつけていつ頃に記入ください。

高血圧 ( 歳頃) 糖尿病 ( 歳頃) 高脂血症 ( 歳頃) 脳卒中 ( 歳頃)  
心臓病 ( 歳頃) 胃潰瘍 ( 歳頃) 肝臓病 ( 歳頃) 腎臓病 ( 歳頃)  
緑内障 ( 歳頃) 肺炎 ( 歳頃) ぜんそく ( 歳頃) がん ( 歳頃)  
前立腺肥大症 ( 歳頃) その他 ( )

5) 手術を受けたことが ( ある・ない ) / 輸血を受けたことが ( ある・ない )

6) 現在常用している薬はありますか? (お薬手帳のある方は提出をお願いいたします。)

いいえ ・ はい⇒手帳がない場合は薬名を記入: \_\_\_\_\_

7) 薬や注射などで体に合わないものはありますか? (アレルギー体質)

ない ・ ある⇒薬の名前: \_\_\_\_\_

8) 女性の方へ 妊娠の有無: 有 ・ 無 ・ 可能性あり / 授乳の有無: 有 ・ 無

◆当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。