

問診票

住所	<u>〒</u> _____	電話番号		
		緊急連絡先		
氏名	(フリガナ)	性別	男	女
			生年月日	明/大/昭/平
マイナ保険証をお持ちですか？		(はい / いいえ)		
<初診の方>紹介状をお持ちですか？		(はい / いいえ)		

以下の質問に該当するものを○で囲むか、ご記入ください 体温_____℃

- ① 本日はどうなさいましたか？ 診察 ・ 健康診断 ・ 予防接種
 発熱 頭痛 のどの痛み 咳 痰 鼻水 腹痛 吐き気 嘔吐 (おうと)
 下痢 動悸 息切れ 喘息の悪化 めまい 背部痛 胸痛 血圧
 コレステロール 血糖値 貧血 不整脈 その他 ()
- ② その症状はいつ頃からありますか？ また、診察時気になることや相談したいことはありますか？
 ()
- ③ 現在、ほかの医療機関で治療中のご病気、健康診断などで指摘されたことはありますか？
 いいえ はい
 (高血圧症・糖尿病・脂質異常症・不整脈・肝臓病・腎臓病・喘息・脳卒中・ガン)
- ④ 過去に大きな病気で治療や手術を受けたことがありますか？
 いいえ はい ()
- ⑤ ご家族 (血縁の方) にご病気の方はいますか？
 いいえ はい (高血圧症・糖尿病・脂質異常症・心臓病・甲状腺・喘息・ガン・その他)
- ⑥ 現在、飲んでいる薬 (市販薬・サプリメント含む) はありますか？ ※薬手帳 (ある・ない)
 いいえ はい ()
- ⑦ 喫煙・飲酒についてお答えください
 喫煙：吸わない 吸う (本/日、 才～) 禁煙した (年前～)
 飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類 () 量 ()
- ⑧ これまでに食べ物や薬、注射でアレルギー (気分が悪くなったり、じんましんがでたりなど) はありますか？
 いいえ はい ()
- ⑨ (女性のみ) 妊娠または妊娠の可能性、または授乳中ですか？
 いいえ はい ()
- ⑩ 今回、船橋駅前内科クリニックにご来院頂いた理由をお聞かせください
 インターネット 広告・ちらし 看板 買い物がてら
 親族・友人の紹介 その他→ ()