

No.

初診問診票【内科】

記入日

年

月

日

(フリガナ)

氏名： _____ 様 生年月日： 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ (←必ず記入してください)

住所：

電話番号： _____ - _____ - _____

1. 本日来院された理由は何ですか？当てはまるところを ○ で囲んでください。

発熱 (_____ °C) 咳 喉がからむ 鼻水 (透明 ・ 黄色) 鼻づまり

咽頭痛 頭痛

下痢 便秘 吐き気 嘔吐 食欲不振

痛み (胃 ・ 胸 ・ 腹) → 部位 (右 ・ 真ん中 ・ 左)

動悸 全身倦怠感 耳鳴り めまい ふらつき 不眠

眼 (かゆみ ・ 目ヤニ)

尿 (頻尿 ・ 血尿 ・ 排尿痛)

その他 (_____)

2. その症状はいつからですか。 (_____)

3. 現在の体温は何度ですか。 (_____ °C)

4. 既往歴についてお答えください。

心疾患 胃腸病 糖尿病 高血圧 肝疾患 腎疾患

その他 (_____)

アレルギー 薬 (_____) 食物 (_____)

手術歴 (_____)

5. 家族の方で病気やアレルギーの方はおられますか。

なし ・ あり (_____)

6. 現在服用中のお薬はありますか。

なし ・ あり (_____)

7. 嗜好 お酒 (1 日 _____) たばこ (1 日 _____ 本)

8. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

9. (女性の方へ) 妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか。

なし ・ あり (最終月経 _____ 月 _____ 日から)

10. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

ホームページを見て ・ 病院検索や口コミサイトを見て ・ 医院の看板を見て

知人の紹介で (ご紹介者 _____ 様)

※個人情報を第三者に提供することはありません。

★ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。

医療法人 船内クリニック