内科問診票

歳)

受診日 フリガナ 氏名: 生年月日: 大・昭・平 年 月 日(〈症状について簡単にお答え下さい〉 1. 異常と感じられることを ○ でかこんでください 頭 のど 気管支 腹部 背部 四肢 肺が臓 2. いつから、どのような症状がございましたか? ① 一週間以上前から ② 一週間以内 ③ 昨日から 4) 本日 症状() 3. 他の医療機関を受診されましたか? はい (病医院名:)・いいえ その際お薬は処方されましたか? はい(処方内容:)・いいえ ※薬袋・薬情をお持ちの方は受付へご提示ください 4. 現在または過去の既往はございますか? はい(いつですか?:現在・過去 年前)・いいえ ●「はい」とお答えいただいた方は下記にもお答えください 病名・症状:結核・高血圧・腎臓病・心臓病・肝臓病・糖尿病・喘息・血が止まりにくい) その他(5. 今までお薬やお注射でアレルギーが出たことはございますか? はい(薬剤名:)・いいえ 6. タバコを吸われますか? はい (一日 本 年間)・いいえ 7. お酒をお飲みになりますか? はい(何を: 頻度: 调 日程度 ml/合)・いいえ 8. (女性の方のみ)現在、妊娠されていますか? はい(週目)・いいえ 9. 何で当院をお知りになられましたか?

▪看板

)

住所: TEL:

・他医院からの紹介 ・知人からの紹介

・インターネット(ホームページ)・その他(