

## 問 診 票

やまもと内科クリニック

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T / S / H \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住 所 〒 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

電話番号 1 \_\_\_\_\_ 電話番号 2 \_\_\_\_\_ ( ) 性別 男 / 女

※番号 1 以外で連絡可能な連絡先がございましたら番号 2 に番号と連絡先名称をご記入下さい。(記入例) 06-6498-4976 (自宅)

ご職業 \_\_\_\_\_ 会社員 \_\_\_\_\_ 自営業 \_\_\_\_\_ 学生 \_\_\_\_\_ 主婦 \_\_\_\_\_ その他 ( )

■どのような症状でいらっしゃいましたか？

■現在、飲んでいる薬はありますか？

なし \_\_\_\_\_ あり \_\_\_\_\_ 病名/薬名: \_\_\_\_\_

※お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください。

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、○で囲んで、いつ頃かを ( ) にご記入下さい。

胃潰瘍 ( ) 頃) 心疾患 ( ) 頃) 高血圧 ( ) 頃)

腎臓病 ( ) 頃) 喘息 ( ) 頃) 糖尿病 ( ) 頃)

肝臓病 ( ) 頃) 脳疾患 ( ) 頃) 痔 ( ) 頃)

その他 (病名: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 頃)

■ご家族の方で今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

■たばこ \_\_\_\_\_ 吸わない \_\_\_\_\_ 吸う \_\_\_\_\_

(1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)

アルコール \_\_\_\_\_ 飲まない \_\_\_\_\_ 飲む \_\_\_\_\_

( 毎日 \_\_\_\_\_ 休肝日あり \_\_\_\_\_ 週3回程度 \_\_\_\_\_ 週1回程度 \_\_\_\_\_ つきあい程度 \_\_\_\_\_ )

■アレルギーはありますか？(例: スギ、卵)

なし \_\_\_\_\_ あり ( \_\_\_\_\_ )

■どのようなお仕事をされていますか？

■女性の方へ

妊娠している可能性は? \_\_\_\_\_ ない \_\_\_\_\_ ある \_\_\_\_\_ 不明 \_\_\_\_\_ 最終月経 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

妊娠中 ( \_\_\_\_\_ カ月) \_\_\_\_\_ 授乳中 \_\_\_\_\_

■その他になにかありましたらご記入ください。

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか? \_\_\_\_\_ なし \_\_\_\_\_ あり \_\_\_\_\_

※紹介状をお持ちの方は受付へお出しください。

■当医院をどのようにお知りになりましたか? (○で囲んでください)

ホームページを見て \_\_\_\_\_ 看板を見て \_\_\_\_\_ 家が近所 \_\_\_\_\_ 知人から \_\_\_\_\_ 前の医院からの継続 \_\_\_\_\_