

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? ※記入をお願いします

■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てください。

■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。

選択記入を必ずお願いします→ 緑内障 (有 無)(男性の方のみ) 選択記入を必ずお願いします→ 前立腺肥大 (有 無)

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てください。

■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 _____ 親族から _____ 知人から _____ 前の医院からの継続 _____