

NO. \_\_\_\_\_

## 問診票

日付：\_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)
氏名 ( 男 ・ 女 )		電話番号	携帯： - - 続柄：
			自宅：( ) -
住所	〒 -		
※学生の方はご記入ください		学校名： _____ 年 組	体温 _____ °C

★発疹のある方、感染症の疑いがある方はスタッフにお申し出ください。

① 症状があるものを○で囲み、いつ頃からか( )に記入してください。

熱 いつ頃( )頃から、最高 \_\_\_\_\_ °C ( 月 日)

咳( ) 鼻水( ) のど痛( ) 頭痛( )

息苦しさ( ) 腹痛( ) 吐き気( ) 嘔吐( )

下痢( ) 水分摂取( 可 ・ 不可 ) 発疹( )

その他 [ ]

② 現在、他院から処方されている薬がありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ない ある→病院名 [ ]

薬の名前 [ ]

③ 今までに下記の病気にかかったことはありますか？

高血圧 心臓病 糖尿病 高脂血症 肝臓病 脳梗塞 喘息

花粉症 胃・十二指腸潰瘍 前立腺肥大 骨粗しょう症 リウマチ

その他 [ ]

過去に受けた手術 [ ]

④ 薬や注射でじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか？

ない ある→薬の名前 [ ]

⑤ タバコは吸われますか？

1. はい：1日( )本×( )年間 2. いいえ 3. 以前吸っていた

⑥ お酒は飲まれますか

1. はい：( 毎日 ・ 時々 ) 2. いいえ

⑦ (女性の方のみ) 妊娠されていますか？ もしくは授乳中ですか？

1. はい(妊娠の場合：妊娠 力月) 2. いいえ

★もしよろしければ、当院を受診された理由をお聞かせください。

1. 近いから 2. 看板を見て 3. 人から聞いて [ 様]

4. インターネット(ホームページ)を見て 5. 他医療機関からの紹介 [施設名： ]

6. その他 [ ]

★明細書の発行を希望されない方は○をつけてください★ (領収書は通常通り発行します)

明細書の発行を希望しません



のだ内科ファミリークリニック

noda family  
clinic