

問診票

初診日 年 月 日 ID

| | | | | | | | |
|----------|--------|-------------|-----|--------|-----|-----|-----|
| フリガナ | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | | | | | |
| 氏名 | 年 月 日生 | ()歳 | 男・女 | ご職業 | () | | |
| ご住所 〒() | | | | マンション名 | () | 号室 | |
| 電話番号 | ○自宅 | () | — | ○携帯 | — | — | |
| ※緊急連絡先 | — | — | | (お名前: | | 続柄: | () |

当院へのお問合せに関しては、問診票に記載の自宅番号もしくは携帯番号からお願いします。
それ以外の番号からご連絡されると、繋がらない可能性がありますのでご注意ください。

- 1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？
熱がある・喉が痛い・痰が絡む・咳(乾いた咳、痰が絡む咳)・鼻水・お腹が痛い・下痢・吐き気・嘔吐
その他 () それはいつ頃からですか？ () 前頃から
- 2) 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？また、ご家族の方はいかがでしょうか？
はい(病名は:)・いいえ
- 3) 今までに手術を受けたことがありますか？
はい(手術名は:)・いいえ
- 4) 今までに輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- 5) 今までに生活習慣病(糖尿病・高血圧・高脂血症)を指摘されたことがありますか？ はい・いいえ
- 6) 生活習慣についておたずねします。
a) アルコールは飲みますか？ はい()を1日 / 年間)・いいえ
b) 煙草を吸いますか？ はい(1日 本を 年間)・いいえ
c) 睡眠時間はどれくらいですか？ () 時間)
- 7) 薬を飲んだり注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出たことがありますか？
はい(分かれば具体的に:)・いいえ
- 8) 女性の方にうかがいます。 妊娠されていますか？ はい・()カ月)・可能性あり・いいえ
現在授乳中ですか？ はい・いいえ
- 9) その他ご質問されたいことがあればお書きください。
- 10) 当クリニックをどのようにして知られましたか？ 近所なので・お知り合いの方に聞いて () 様
ネット・広告で () ・その他 ()

ありがとうございました。
ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。



内科・消化器内科・小児科

医療法人 竜安寺クリニック