

# 内科問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 今日の体温 \_\_\_\_\_ °C

携帯 \_\_\_\_\_ (外出時等連絡がとれますようにご記入をお願いします)

I) 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)

\_\_\_\_\_

II) 過去にかかったことのある病気があれば教えてください

\_\_\_\_\_

III) 現在通院中のご病気があれば教えてください

\_\_\_\_\_

IV) 現在使用しているお薬があれば教えてください (お薬手帳がある方はそのままお出しください)

\_\_\_\_\_

V) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい( \_\_\_\_\_ ) いいえ

VI) アルコールは飲まれますか？ はい いいえ

「はい」の場合：何をどの位飲まれますか？ 種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_ 本/杯/合

頻度：毎日 / 週 \_\_\_\_\_ 回 / 月 \_\_\_\_\_ 回

VII) タバコは吸われますか？ 現在吸っている 過去に吸っていた 吸ったことがない

「現在吸っている」「過去に吸っていた」の場合：1日平均何本吸われています/ましたか？

\_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間

VIII) 女性の方のみ

妊娠されていますか？ はい ( \_\_\_\_\_ 週) いいえ 可能性あり

授乳されていますか？ はい (お子様の年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月) いいえ

IX) お薬についてお伺い致します。できれば処方をお願い (苦手な) お薬はありますか？

錠剤 粉薬 水薬 (シロップ) カプセル 漢方薬 特になし

X) 当クリニックを何でお知りになりましたか？

当院ホームページで 医療系検索サイトで(お名前: \_\_\_\_\_) 目黒区の検診案内を見て 通りがかり

かかりつけの先生からの紹介(病医院名: \_\_\_\_\_) チラシ・リーフレットを見て

ご家族・ご友人の紹介(お名前: \_\_\_\_\_) 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。なお、匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください。