問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	生年月日	職業
氏名			大正昭和平成令　年　月　日生（　歳）	
住所	〒　-		電話	ご自宅　-　- 携帯　-　-

1. 本日、 受信されることになった主な症状についてお尋ねします。

来院時の体温　℃

いつ頃から

どのような症状がありますか？

身長　cm
体重　kg

2. 上記の症状に対して何か治療をされましたか？
   ①市販の薬を服用中
   ②他院を受診した（病院名　　）
   ③我慢していた
   ④その他（　　）

3. 本日、 食事や飲み物をとられましたか？
   ・はい（　　時頃）　　・いいえ

4. 今までに下記の病気と言われた事がある形は、 病名に○印をつけてください。
   ①糖尿病　②高血圧　③心臓病　④脳卒中　⑤胃腸病（　　）
   ⑥息糖病　⑦肝臓病　⑧リウマチ　⑨結核　⑩その他（　　）
   ※○印をつけた方は、 現在治療中ですか？
   ・はい（病院名　　）　・いいえ

5. 手術を受けたことがありますか？
   ・はい（手術名　　）　・いいえ

6. 輸血を受けたことがありますか？
   ・はい　　・いいえ

7. 今までにじんましんなどアレルギー症状をおこしたことがありますか？
   ・はい（注射・薬・食品《品名》　　）　・いいえ

8. し好品
   ・酒類（　　を　　／日　）
   ・タバコ（1日に　　本　　年間　）

9. 女性の方にお尋ねします。 現在、 妊娠の可能性がありますか？
   ・はい　　・いいえ

※当院は、 診療情報を取得・活用することにより、 質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、 マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

ご記入ありがとうございました。

内科・胃腸内科
もとむらクリニック