

内科問診票

年 月 日 妊・授

ふりがな		生年月日
お名前	男 女	年 月 日 (歳)
住所	〒	
電話番号	()	携帯電話 ()

■本日はどのような症状で受診されますか？ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

本日の体温 _____℃
どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？ _____月 _____日 _____午前/午後 _____時頃より

■3週間以内に渡航歴はありますか？ なし・あり (/ ~ / 国: _____)

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____年 _____月 _____日から _____にかかっている

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを () にご記入下さい。

喘息 (歳頃) 肺炎 (歳頃) 結核 (歳頃)
高血圧 (歳頃) 肝臓病 (歳頃) 腎臓病 (歳頃)
糖尿病 (歳頃) 脳卒中 (歳頃) がん (癌 歳頃)
心臓病 (歳頃) その他 (病名: _____)

■今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: _____ いつ頃: _____

■現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり 薬品名: _____

※血液をさらさらにする薬を飲んでいますか？ いいえ ・ はい

■アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入して下さい。

薬品 なし あり (_____)
 食べ物 なし あり (_____)
 その他 なし あり (_____)

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____本、約 _____年間)

アルコール 飲まない 飲む (種類: _____ 1回 _____杯、毎日 時々 月2-3回)

■女性の方へ

現在妊娠していますか？ いいえ はい (_____カ月) 可能性あり

はいの方: 最終月経 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

授乳中ですか？ いいえ はい

■個別の診療報酬の算定項目が分かる明細書をご希望されますか？

いいえ はい

※インターネット・電話予約、順番取りをされている方は受付にお申し出ください。

クリニック 柏の葉