

# いずみ内科クリニック 問診票

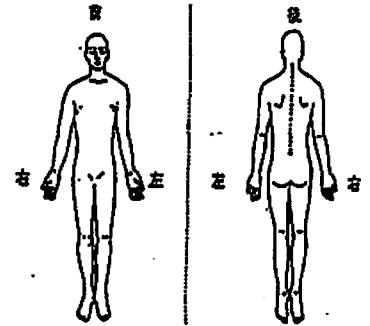
記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	体温
お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)	( ) °C
ご住所	〒	自宅	
		携帯番号	

1. 本日はどのように具合が悪くて受診されましたか あてはまる症状、部位にチェックしてください。

- 発熱    のどの痛み    咳    息切れ    動悸    めまい  
 腹痛    嘔気・嘔吐    便秘    下痢    痛み    出血  
 眠れない    禁煙したい    無呼吸    検診で異常を指摘された  
 その他

( )



2. その症状はいつ頃からですか?

( )

3. 上記の症状で他の病院を受診しましたか?

- いいえ    はい⇒(病院・医院名 :

薬 : あり・なし )

4. 現在、治療中の病気・飲んでいる薬はありますか?

- いいえ    はい(病名:

薬 : あり・なし )

5. 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか?

- いいえ    はい(病名:

)

6. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか?

- いいえ    はい(薬名:

)

7. 生活習慣について

たばこ :  吸わない    吸う(   本/日)

お酒 :  飲まない    飲む ( 毎日 ・ 回 / 週 )

8. 女性の方へ:現在、妊娠中・妊娠の可能性がある・授乳中ですか?

- いいえ    はい⇒(  妊娠   ヶ月    妊娠の可能性が有る    授乳中 )

9. ご来院のきっかけを教えてください

- 過去に受診したことがある    ご家族・知人のご紹介    病院・診療所のご紹介  
 ホームページ    タウンページ    看板    クリニック前を通過  
 その他( )

\* その他 気になることがあれば、お書きください。(質問でもかまいません)

\* お薬手帳をお持ちの方は受付に提示をお願いします。