

平成 年 月 日

当院記入欄 ID:

スキャン済み

尿 (有・無)

初 診 問 診 票

(ふりがな)

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

ご住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ 脈拍 _____


いつから、どのような症状があつてご来院されましたか？		
・いつから		
・どこが		
・どのように		
その症状で他の病院を受診されましたか？	はい (診断は _____)	いいえ
現在、治療中の病気はありますか？	ある (病名 _____)	ない
現在、飲んでいるお薬はありますか？	ある (薬名 _____) (_____) (_____) (病院名 _____)	ない
ジェネリック (後発品) を希望されますか？	はい	いいえ
今までに何か大きな病気やケガをされたことがありますか？	ある (病名 _____) (病院名 _____)	ない
入院・手術されたことはありますか？	ある (いつ _____) (病名 _____) (病院名 _____)	ない
薬、注射、食物で具合が悪くなったことはありますか？	ある (_____)	ない
血縁関係の方で次のような病気の方はいらっしゃいますか？	癌・肝炎・心臓病・糖尿病・高血圧・その他 (誰が _____)	いない
たばこは吸いますか？	・吸う(_____ 本/日) ・以前吸っていた(_____ 本/日)	吸わない
お酒は飲みますか？	飲む(何をどれくらい？ _____) 頻度は？ (_____ /週) 又は (_____ /月)	飲まない
癌 (悪性疾患) の場合、告知を望みますか？	はい	いいえ
ご家族から病状のお問い合わせがあつた場合、ご説明しても構わないですか？	はい	いいえ
【女性の方へ】	妊娠の可能性はありますか？	ある _____ ない
	現在生理中ですか？	はい _____ いいえ
	最終月経はいつですか？	(_____ 月 _____ 日) (_____ 歳で閉経している)
	現在授乳中ですか？	はい _____ いいえ

他院からの紹介状、検査結果、お薬手帳をご持参の方は一緒に提出してください。

※ 裏面にアンケートがございます。よろしければご協力ください。

アンケートにご協力ください

<p>当院を知ったきっかけは何ですか？○をつけてください。</p>	<ul style="list-style-type: none">・折込チラシ・通りがかり・ご家族、友人、知人の紹介・当院のホームページ・インターネット・建物看板・電話帳・他医療機関の紹介・その他 ()
<p>通院手段は？○をつけてください。</p>	<ul style="list-style-type: none">・徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車・当院の送迎者・その他 ()

 当院では無料送迎を行っております。お気軽にご相談ください。

ご記入ありがとうございました。診察まで今しばらくお待ちください。

みなくち内科・消化器内科