

初めて・久しぶりに受診される患者様用問診票

ID: _____ お名前: _____ 様

受付後、待ち時間の間にご記入いただき、問診の際にご提出ください。

■本日の受診の理由

身体の不具合が悪い 健診で異常があり受診 健康診断を希望

■症状に○をして下さい。その他、どこがどのように悪いか具体的にご記入ください。

〔 熱がある・咳が出る・関節が痛い・のどが痛い・吐く・下痢している
その他: _____ 〕

■いつからですか？

_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃から

■今回の症状でどちらかの病院・医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)

■紹介状をお持ちですか？ いいえ はい (紹介元: _____)

■普段かかりつけの医療機関がありますか？ なし あり (病院名: _____)

■現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり (お薬手帳をお持ちの方は診察時にご提示頂くことがあります)

■1か月以内に海外へ行きましたか？ 行かない 行った (行き先: _____)

■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、いつ頃かをご記入ください

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

■今までに手術の経験はありますか？

なし あり (病名: _____) (いつ頃: _____)

■今までに輸血を受けたことはありますか？

なし あり (理由: _____) (いつ頃: _____)

■薬のアレルギーはありますか？ なし あり (何に: _____)

■食べもののアレルギーありますか？ なし あり (何に: _____)

■体の中に金属製の器具・器械がありますか？ なし あり (何が: _____)

■タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた
(1日 _____ 本 _____ 年間)

■お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む 過去に飲んでいた
(何を: _____ どの位: _____)

■現在、妊娠されていますか？ いいえ はい (_____ 週 _____ 日)

■ご自宅以外の緊急連絡先をご記入ください。

お名前 (_____ 様: 続柄 _____) お電話番号 (_____ - _____ - _____)

■現在、病院に登録されている患者様のご住所 ※変更がありましたらお知らせください。

○ _____ お電話番号 _____

～ ご協力ありがとうございます。ご記入頂いた内容は医療介護福祉以外に使用いたしません～