

内科用

# まつだ消化器糖尿病クリニック問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男 ・ 女	大正・昭和・平成 年 月 日
			お電話番号
ご連絡先	〒		携帯番号（他日中連絡先）
ご職業		急変時ご家族様連絡先 (お名前： 続柄： ) 電話番号：	

※高熱の方、重篤な症状のある方はお早めにお申し出ください。

(身長 cm、体重 kg) 発熱のある方▶体温 ( 度)

1、当院をどのようにお知りになりましたか。(複数回答可)

- ①クリニックの外観 ②ホームページ ③Google ④その他のネット検索
- ⑤家族・知人の紹介(紹介者名 )
- ⑥自宅が近い ⑦他院からの紹介(病院名 )
- ⑧クリニック前看板 ⑨チラシ ⑩その他 ( )

2、どのように来られましたか。

- ①徒歩 ②電車 ③バス ④自転車 ⑤車 ⑥バイク
- 所要時間 ( 時間 分)

3、本日はどのような症状で来院されましたか。

→→裏面に続きます→→

4、今まで病気にかかったことがありますか。（病歴や手術、時期）

なし・あり

ありの方

高血圧・心疾患（狭心症・心筋梗塞 歳頃）

糖尿病（内服・インスリン）喘息・結核・癌（ 歳頃）

脳卒中（ 歳頃）・胃十二指腸潰瘍・その他（ ）

5、現在、通院中の病院がありますか。

なし・あり

病院名（ ）病名（ ）

6、現在飲まれているお薬はありますか。

なし・あり

お薬手帳持参 なし・あり

お薬手帳の持参がなくお薬のある方

▶薬名

（ ）

血液が止まりにくくなるようなお薬

なし・あり▶薬名（ ）

7、血縁関係の中で以下の病気にかかった方がおられますか。

なし

高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 肝臓病 結核 精神病 ガン その他（ ）

8、喫煙・飲酒習慣はありますか。

喫煙習慣 なし・あり▶1日 本 年間

飲酒習慣 なし・あり▶量 杯/日・週

9、今まで薬や食べ物で、副作用やじんましんが出たことがありますか。

なし・あり ▶品名： 症状：

10、女性の方にお尋ねします。現在妊娠または授乳していますか。

なし・あり ▶ ヶ月、 わからない

なにかご不明点や困っていることなどございましたらどうぞお気軽にご相談ください。

当院は今後も温かく誠実な医療を目指します