

以前、当院で診察を受けたことがありますか？  はい  いいえ



内科外来受診の方へ

フリガナ \_\_\_\_\_ T・S・H \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  男 /  女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ cm / 体重 \_\_\_\_\_ Kg BMI \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

**問診票** (判る範囲内で、該当する口箇所にしを入れて下さい。)

本日は、どうされましたか？  診察を受けたい  薬を頂きたい  検査を受けたい  その他

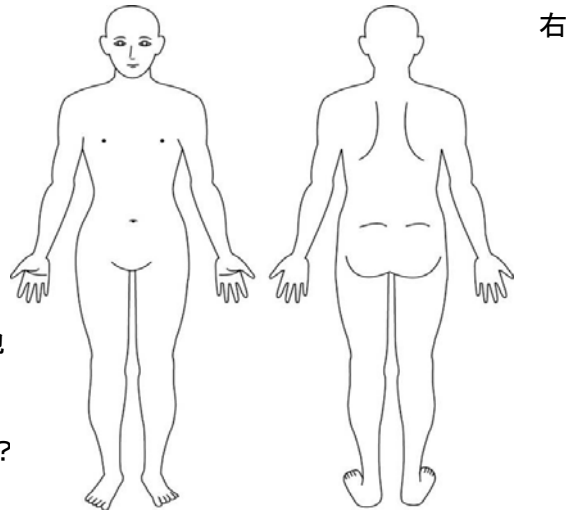
◎ 具合の悪いところを具体的に記入して下さい。

◎ いつ頃からですか？

今日、 \_\_\_\_\_ 時頃から  \_\_\_\_\_ 日前から  以前から( \_\_\_\_\_ 位前から)  その他

どのような症状ですか？

- いたい  せきが出る  鼻水がでる
- しびれる  かゆい  吐き気がする
- 吐いた \_\_\_\_\_ 回  おなかが張る
- 下痢をした \_\_\_\_\_ 回  その他



◎ 思い当たる生活習慣はありますか？

- ない  ある  仕事  食事
- \_\_\_\_\_  睡眠  飲酒等  その他

◎ 今までに同じような症状はありますか？

ない  ある 過去 \_\_\_\_\_ 回

◎ こんどの病気で他の医療機関などで治療を受けていますか？

ない  ある

◎ 紹介状やCT・MRI・X線フィルム等がありますか

ない  ある (X線画像・CT・MRI画像・その他 \_\_\_\_\_ )  要返納  返納不要

◎ 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)  高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)
- 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  その他 (病名: \_\_\_\_\_ )

◎ 現在、飲んでいるお薬はありますか？(お薬手帳はお持ちですか？  はい  いいえ )

なし  ある 医薬品名: ( \_\_\_\_\_ )

◎ アレルギーはありますか？ある場合は、その名前をご記入ください。

- 薬品  なし  ある ( \_\_\_\_\_ )
- 食品  なし  ある ( \_\_\_\_\_ )
- その他  なし  ある ( \_\_\_\_\_ )

◎ たばこ  吸わない  吸う  過去に吸っていた (1日 \_\_\_\_\_ 本位、約 \_\_\_\_\_ 年間 )

◎ アルコール  飲まない  飲む  過去に飲んでいた (お酒の種類: \_\_\_\_\_ )  
 飲む回数は  毎日  時々  月に2~3回程度 1回当り \_\_\_\_\_ 杯 )

◎ 女性の方へ

現在妊娠している可能性はありますか？  ない  ある

※ 受付記入欄

	保険者番号	記号・番号	続柄	負担
保険証1		.	本・家	割
公費負担者番号		保険区分	国( )・社( )	担当者
公費受給者番号		被保険者氏名		