

問 診 票

ID: _____

フリガナ: _____

お名前: _____ 男・女 年齢 _____ 歳 来院時体温 _____ °C

生年月日: 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重(お子様のみ) _____ kg

※体重不明の場合は入口の本棚前に体重計がありますので、測定をお願いします。

(〒 _____)

住所: _____ 電話番号 _____ - _____ - _____

保険証、受給者証、お薬手帳(お持ちの方)を一緒に受付まで提出をお願いします。

1. 今日はどうなさいましたか?
発熱(_____ °C) ・悪寒 ・頭痛 ・喉の痛み ・咳 ・痰 ・鼻水 ・鼻づまり ・吐き気 ・嘔吐
腹痛 ・下痢 ・便秘 ・関節痛 ・めまい ・その他(_____)
2. いつから症状がありますか
3. ?
(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃) から
4. 今まで手術を受けられたことがありますか? また、ある場合は、いつ頃ですか?
はい 病名/歳: (_____ / _____ 歳) (_____ / _____ 歳) (_____ / _____ 歳)
いいえ
5. 今までにかかった病気はありますか? はい
病名: (_____)
いいえ
6. 現在、他の病気にかかっていますか?
はい 病名: (_____) 病院名: (_____)
いいえ
6. 現在処方されている薬はありますか?
はい (_____)
いいえ
7. 薬や食べ物のアレルギーはありますか?
はい (_____)
いいえ
8. 喫煙歴はありますか?
はい(現在吸っている・過去に吸っていた _____ 本/1日 _____ 歳まで _____ 年間)
いいえ
9. (女性の方のみ) 現在妊娠中ですか?
はい(_____ 週) いいえ

※外出をする際、お戻りになった際は受付までお声かけをお願いします。

インターパークビレッジ内科・外科