

問 診 票

内科・外科・初・再

フリガナ： _____

来院時体温 _____ °C

お名前： _____ 男・女・妊婦 年齢 _____ 歳（ ヶ月）

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★再診の方は変更がある場合のみご記入下さい。

（〒 _____ ）

住所： _____ TEL _____ - _____ - _____

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（最高 _____ °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

・ けが（どこを _____ どうしましたか _____ ）

・ その他（ _____ ）

2. いつから症状がありますか？

（ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃）から

★ここからは、当院の診察が初めての方、再診の方で変更がある場合はご記入をお願いします。

3. 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

4. 今までにかかった病気はありますか？

はい 病名：（ _____ ）

いいえ

5. 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