

問 診 票

初めて当院を受診される方は、下記の項目について、わかる範囲でご記入ください。

ふりがな

氏名

_____ (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

ご住所 (〒 -) 電話番号 ()

1. 本日来院された目的は、何ですか。主にいつ頃から、どのような症状がありますか。

2. 最近の状態はいかがですか。

身長 () cm、体重 () kg～体重の変化 (減少、不変、増加)

食欲 (ある、普通、ない) 睡眠 (良眠、普通、不眠) 便通 (下痢や軟便、普通、便秘)

3. 【女性の方に】現在、妊娠していますか。 ①はい ②いいえ

4. これまでに入院を必要とするような大きな病気やけがをしたことがありますか。

①ない ②ある：病名 ()

5. 現在治療中の病気がありますか。

①ない ②ある：病名 ()
内服薬など ()

6. 今までに食べ物や薬、アルコールなどで、アレルギー症状 (蕁麻疹、気分不良など) がありましたか。 ①ない ②ある ()

7. たばこは：①吸う (本/日) ②吸わない ③やめた (年前に)

8. お酒は：①飲む (毎日、時々) ②飲まない ③やめた (年前に)

9. 家族や親戚の方で、次の病気の方はいらっしゃいますか。

※ () 内には、母や祖父などと家族関係を記入して下さい。

甲状腺疾患 () 高血圧 () 高脂血症 () 心臓病 ()

肝臓病 () 腎臓病 () 糖尿病 () その他 ()

10. 当院に来院されたきっかけを教えてください。

①通りがかりに見た ②駐車場の看板を見た ③電話帳を見た ④他の医療機関からの紹介
⑤友人や知人などの紹介 ⑥インターネット検索でホームページを見た ⑦他院で当院医師にかかったことがある ⑧その他 ()

ご協力ありがとうございました。 はるお内科クリニック

当院では骨密度の検査を実施しております。お気軽に受付までお問い合わせください