

【内科・外科・その他専門外来 問診票】

※診察前にご記入をお願いします

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 (性別 男・女)

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (年齢 歳)

※該当する項目に○印及びお答えください

身長 cm

①紹介状をお持ちですか？

体重 kg

いいえ・はい CD-R (有・無) (紹介元:)

②今日は、どのような症状で来院されましたか？

いつから ()

どうされましたか？ ()

③現在飲んでいるお薬、または常用薬はありますか？

ない・ある (お薬の名前:)

(かかっている病院名:)

お薬手帳はお持ちですか？ ある・ない コピー (済・未)

④今までにかかったことのある病気はありますか？

ない・ある (高血圧・喘息・心臓病・肝臓病・腎臓病・糖尿病・緑内障・痛風・脳梗塞)

(その他:)

何歳ごろからですか？ (歳)

⑤手術をしたことがありますか？

ない・ある (いつ頃:)

(どこで:)

(どのような手術:)

⑥今までに薬、点滴、注射で副作用またはアレルギーが出たことはありますか？

ない・ある ()

⑦お酒を飲みますか？ いいえ・はい (種類) (1日の量)

⑧タバコを吸いますか？ いいえ・はい (いつから) (1日 本)

⑨女性の方のみお答えください。

・最終月経はいつですか？ (月 日) 閉経している方は (歳頃)

・妊娠中ですか？ はい・いいえ・わからない

・授乳中ですか？ はい・いいえ

※個人情報の取り扱いについて

①上記の内容は、当院「個人情報規定」により適切に管理いたします。

②当院での個人情報の利用は、掲示等でお知らせした内容に限定して利用いたします。

医療法人社団光仁会 第一病院

(受付担当者:)