

# 問 診 票

令和 年 月 日

初診の方は、お手数ですが下記の質問にお答えください。

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 自宅 ( ) 携帯 ( )

体重(12歳以下のみ記入) \_\_\_\_\_ Kg 体温(熱のある方のみご記入下さい。) \_\_\_\_\_ °C

\*マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか? はい ( ) いいえ ( )

1. 今日はどうされましたか?

2. いつ頃からですか?

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

3. 嗜好品についてお聞きます。

タバコ \_\_\_\_\_ 本/1日 \_\_\_\_\_ 歳より

日本酒 \_\_\_\_\_ 合/1日 \_\_\_\_\_ ビール \_\_\_\_\_ ml/1日

ウイスキー \_\_\_\_\_ 杯/1日 その他(ワインなど) \_\_\_\_\_ 杯/1日

4. 今までにかかった病気を○で囲って下さい。また、それはいつ頃(何歳頃)ですか?

心臓病 肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 腎臓病 高血圧症 糖尿病

その他 ( ) いつ頃 ( )

5. 現在他の医療機関に通院されていますか?

医療機関名 \_\_\_\_\_ 受診日 \_\_\_\_\_

治療内容 \_\_\_\_\_

6. ○で囲んでお答えください。(カッコ内はわかる場合にご記入下さい。)

☆ 薬や注射で気分が悪くなったことがある。(薬名など \_\_\_\_\_ )

☆ アレルギー体質である。じんましん がやすい。(どんな食べ物で \_\_\_\_\_ )

☆ 手術を受けた事がある。(いつ頃 \_\_\_\_\_ )(病名 \_\_\_\_\_ )

☆ 輸血を受けた事がある。(いつ頃 \_\_\_\_\_ )

☆ 親族に糖尿病の方がいる。

7. 女性の方のみお答え下さい。

授乳中ですか。( はい ・ いいえ )

最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 閉経 ( はい ・ いいえ )

ご協力ありがとうございました。

花田内科クリニック