

## 一般内科・消化器内科問診票

診察券番号 \_\_\_\_\_

記入年月日 平成 年 月 日

ふりがな		生年	明治・大正・昭和・平成		
氏名	男	月日	年	月	日生 ( 才)
	女	身長	c m		体重 Kg
住所	〒				電話

※下記の項目について今後の重要な診療の参考になりますので、ご記入ください。  
記入が終わりましたら受付にお出しください。

## 1. 本日受診することになったおもな症状は？

いつごろから？

どのような症状が？

## 2. 今までにかかったおもな病気、けがは？

## 3. 手術や輸血をしたことがありますか？

いいえ はい → 病名 ( ) 時期 ( 年 月頃)

## 4. 現在、治療している病気はありますか？

ない ある → 糖尿病・高血圧・肝臓の病気・心臓や血管の病気・結核・喘息・腎臓の病気  
そのほか ( )

## 5. 今までにくすりや食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありましたか？

なし あり → (くすりや食べ物の種類: )

## 6. 現在、妊娠していますか？

はい いいえ はっきりしない

## 7. 現在、授乳中ですか？

はい いいえ

## 8. 酒やたばこはだいたい1日どれくらいのみますか？

酒・焼酎 合 ( 年間) ビール 本 ( 年間)

たばこ 本 ( 年間) ( 年前から禁煙)

## 9. 発熱のある患者様へ

・現在の体温 \_\_\_\_\_℃

・周囲にインフルエンザもしくは風邪の症状のある方はいらっしゃいますか？

いません います その方は ( )

・今年インフルエンザワクチンは ・受けていない ・受けた ( 月頃)

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

・当院を知ったきっかけは？

電話帳・建物看板・知人友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・他医療機関の紹介・  
その他 ( )

・通院手段は？

徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車