

新規ご登録 & 問診票（内科）

(ふりかな)	男	生年月日		歳
お名前	女	明・大・昭・平	年 月 日	
住所	〒 -			
電話番号	自宅		携帯	
アレルギー有無	食べ物・薬 ある（具体的に: _____）・なし			
喫煙の有無	喫煙します（1日約 _____ 本、 _____ 年前から）・喫煙しません			
飲酒の有無	飲酒します（1日の量: _____）・飲酒しません			
●過去に以下のような病気にかかったことがありますか？ あれば○で囲んでください。 高血圧・糖尿病・心臓病・高脂血症・脳の病気・肝臓病・腎臓病・胃/十二指腸潰瘍・喘息・緑内障（あり・なし）・前立腺肥大・甲状腺・その他（ _____ ）				
●近親者の病歴はありますか？ あればご記入ください。（例 父：糖尿病 など） ある（ _____ ）・なし				

< 本日の症状について >

1. 今回はどのような症状でご来院になりましたか？（現在最もつらい症状を中心にお書きください。）

[_____]

2. 体温 [_____ ℃]

3. その症状はいつ頃からですか？ _____ 前から

4. 1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい 国[_____] 期間[_____]

5. 現在かかっている病院や内服薬（サプリメント含む）があれば教えてください。

病名 [_____]

内服薬 [_____]

6. 女性の方にお聞きします。

現在（妊娠中・授乳中）ですか？ （はい・妊娠の可能性ある・いいえ）

7. 当院を何でお知りになりましたか？（複数回答可）

インターネット 看板（袖看板 メトロ） パンフレット バスアナウンス

紹介（家族・知人 _____ 様 他院 _____ ひまわり 会社 学校）

その他（ _____ ）

ご記入有難うございます。記載方法についてご質問等ございましたら受付までお尋ねくださいませ。

※ お預かりした個人情報につきましては、診療および診療後の必要時のみ使用いたします。個人情報保護法等の法令に定めのある場合を除き、個人情報をあらかじめご本人の同意を得ることなく、第三者に提供致しません。