

あんどう内科クリニック 問診票

NO.

フリガナ		生年月日		体重
お名前		・明治・大正 ・昭和・平成	年 月 日(歳)	()kg
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯番号	

1. 本日はどのような理由で受診されましたか？(複数チェック可)

- 熱 頭痛 のどの痛み 鼻水 咳 息苦しい 吐き気
腹痛 便秘 下痢 関節痛 湿疹 めまい 胸痛 しびれ
眠れない 元気が出ない 気持ちが落ち込む
血圧が高い コレステロールが高い 血糖値が高い その他生活習慣病
健康のことで相談したい
その他()

2. 1の症状はいつ頃からですか？

- ()時間前から ()日前から ()週間前から
 ()カ月前から ()年前から

3. そのことで今までに治療を受けられましたか？

- いいえ はい⇒()

4. 現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい(病名・治療の内容:)

5. 現在、服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか？

- いいえ はい(薬品名:)

6. 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい(病名:)

7. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

- いいえ はい(薬品名:)

8. 女性の方へ:現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

- いいえ はい

9. ご来院のきっかけを教えてください

- ご家族・ご親族のご紹介⇒お名前() 知人・ご友人⇒お名前()
病院・診療所のご紹介⇒病院・診療所名()
タウンページ・タウンページ 当院ホームページ
看板⇒どちらの看板ですか() クリニック前を歩いて
パンフレット その他()

10. 診察にあたり、ご希望があればお書きください

- ゆっくり話をしたい 早く診察を終わってほしい 薬だけほしい
その他()