

初診時間診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____

住所 _____

生年月日 年 月 日生

電話番号 携帯電話

- 1) アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
薬剤 () 食べ物 ()
喘息 () その他 ()

2) 今日はどうのような症状で受診されましたか？ (いつから、どこが、どんな症状)

3) 今回の症状に対して何かお薬は服用されましたか？
()

4) 現在 他の病院にかかっていますか？ はい ・ いいえ (医療機関:)

5) 他の病院でもらっているお薬はありますか？ はい ・ いいえ

6) いままでに何か病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
はいとお答えになられた方は何歳頃にどのような病気をなさいましたか？
()

7) ご家族のことをお伺いします
ご両親・兄弟姉妹で下記の病気の方がいらっしゃいますか
いらっしゃれば () に続き柄をお書きください

脳卒中 () 糖尿病 () 高血圧 () がん () 結核 ()
その他 ()

8) 喫煙習慣 なし ・ あり (1日 本 年間)
(なしとお答えになられた方の中で過去に喫煙歴のある方 本/日 歳まで)

飲酒習慣 なし ・ あり ()

9) 海外渡航 なし ・ あり (最終帰国日 年 月 日 場所:)

10) 希望検査があれば○をつけて下さい

胸写 心電図 血液検査 腹部エコー 心臓エコー 胃内視鏡 大腸ファイバー
(ただし胃内視鏡と大腸ファイバーは他院紹介となります)

11) その他 何か先生におたずねしたいことがあればお書きください

医療法人 うちわ内科クリニック (問診者:)