

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(自宅)

(携帯)

- 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) ご希望の検査があれば○をつけてください。

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。

- 12) マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい ・ いいえ ・ 持っていない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

医療法人
うちわ内科クリニック (問診者:)