

診療申込書・問診票

西暦 年 月 日

ふりがな		性別		大・昭・平・令
お名前		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒			
電話番号	(自宅)	(携帯)		

1. どうなさいましたか？

次のような症状がある。

発熱 咳 痰 鼻水 のどの痛み 体のだるさ ふらつき・めまい 頭痛

腹痛 胃痛 胸焼け 吐き気、胃もたれ 嘔吐 便秘 下痢 血便

食欲不振 体重減少 胸痛 動悸 息苦しさ むくみ 不眠 腰痛 頻尿

その他 _____

これまで受けてきた治療の継続を希望する。

健康診断などで精密検査をうけるように言われた。

具体的に： _____

検査希望：検査名： _____

2. その症状はいつからですか？

本日 昨日 数日前 約1週間前 約1ヶ月前 それより前 ()

3. これまでにかかった病気・手術、または現在治療中の病気はありますか？

いいえ 脳梗塞 糖尿病 高血圧 腎臓病 肺炎 喘息 心臓病 狭心症 緑内障

前立腺肥大 肝臓病 がん (_____) その他 (_____)

手術歴 (_____)

4. 現在飲まれているお薬はありますか？

はい
(服薬手帳 あり・ なし；具体的に： _____)

いいえ

病院・医院名 _____

5. お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい 具体的に： _____

いいえ

6. 嗜好品について教えてください。

たばこ : 吸わない 吸う→ (1日 本、約 年間) 過去に吸っていた

アルコール : 飲まない 飲む→ (1日 本・合、種類：ビール、焼酎、日本酒) 時々 毎日

7. (女性の方のみ) 現在妊娠中または、授乳中ですか？

妊娠 : はい いいえ 不明

授乳中 : はい いいえ

体温 _____ °C

ご記入ありがとうございました。

西田内科クリニック

初診の方は診察の前に看護師による問診・身体測定がありますので、順番が前後する場合がございます。

ご了承ください。