

問 診 票 越田内科クリニック 日付 . .

フリガナ

お名前

男・女

T S H 年 月 日 ( 歳)

ご住所 〒

電話番号:自宅:

携帯番号:

体温: °C

1. マイナンバーカードを提示し診療情報取得に同意  する  しない
2. 本日はどうなさいましたか?いつ頃から、どのような症状か○をつけて下さい。  
( ) 頃から  
熱がある(最高温度 °C)・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・喉の痛み・咳・痰  
寒気・だるい・頭痛・胸痛・胃痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘・排尿痛・めまい・  
腹痛( ) 関節痛( )・健診の再検査・転院希望(紹介状持参 あり/なし)  
その他( )
3. 現在治療を受けている病気はありますか?  
受けている・受けていない  
病名( ) 病院・医院名( )
4. 現在定期的に服用しているお薬はありますか?  
お薬手帳をお持ちの方は受付に出して下さい。(お持ちの方は薬名記入不要です)  
いいえ・はい(薬名: )
5. 今までに、大きな病気や手術をしたことがありますか?  
いいえ・はい(病名: ) ( ) 歳  
(病名: ) ( ) 歳
6. この1年間で健診を受けていますか?  
いいえ・はい( 月頃)
7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか?  
いいえ・はい(薬名/食べ物: ) (症状: )
8. タバコは吸いますか?  
吸わない・吸う(1日 本× 年間)・ 年前より禁煙)
9. お酒は飲みますか?  
飲まない・飲む(毎日・時々・機会飲酒)
10. 女性の方のみお答え下さい。現在妊娠または授乳中ですか?  
妊娠 ない・ある( ヶ月) / 授乳中 いいえ・はい( 歳 ヶ月)