

# 問 診 票 (初診・再診)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	T・S・H・R	年	月	日生	年齢	歳
住所	自宅	( )					
	携帯	( )					
	緊急連絡先	( )					
	お名前					続柄	

1 どこがどのように悪いですか？(具体的に記入して下さい)※記入欄が足りない場合は裏面へ

## 1.2は発熱者用問診票へ

2 いつからですか？

3 今回の症状でどちらかの医療機関にかかりましたか？

いいえ  はい 月 日から にかかっている

4 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、病名と時期を記入してください

① ( 頃) ② ( 頃) ③ ( 頃)  
④ ( 頃) ⑤ ( 頃) ⑥ ( 頃)

5 今までに手術の経験はありますか？

なし  あり 病名:  
いつ頃:

6 輸血を受けたことがありますか？

なし  あり

7 薬のアレルギーはありますか？

なし  あり(薬剤名 )

食べ物のアレルギーはありますか？

なし  あり(具体名 )

その他にアレルギーはありますか？

なし  あり(具体名 )

8 現在飲んでいる薬はありますか？

なし  あり(薬剤名 )

※他院で処方されている方で、現物もしくはお薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出し下さい。

9 女性の方へ

現在妊娠中もしくは授乳中ですか？  いいえ  はい (妊娠中・授乳中)  
最終月経は？ ( 月 日)

10 喫煙について

吸わない  吸う  以前吸っていた  
(1日 本、約 年間、禁煙期間 約 年)

11 アルコールについて

飲まない  飲む  以前飲んでいた  
(種類: 、1回 杯、 毎日  時々  月に数回)

12 現在の職業は何ですか？

職業名:

※ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

近所に在住  インターネット ( PC ・  モバイル)  ご家族・知人の紹介  看板  
 雑誌など  他医療機関の紹介

他にお伝えしたいことがあれば裏面へご記入をお願いします。

医療法人社団善和会 小船内科医院

