令和	年	月	\Box

内科問診票

フリガナ:	(男 • 女 •	無回答) 国籍()
お名前 :		
<u>ご住所 : 〒</u>		
電話番号:		
★ご家族等の連絡を	先(緊急時): <u>お名前:</u>	<u>続柄:(</u>)
◆以下の症状はございませんか?	電話番号	5 ·
□ 発 熱 □ 海外渡航歴	□ 咳・痰 □ コロナ!	感染者との接触
◆当院をどのような方法でお知りにな	<u>なりましたか?</u>	
· · · · · · · · · · · · · · · · ·	口近所に通勤している [口その他(コホームページを見た)
◆現在通院している <mark>医院・病院、内</mark> 服		<u> :さい</u>
※お薬手帳がある場合は問診票と一緒		_
医院・病院名 <u>【</u>] [<u> </u>
内服薬名 <u>【</u>		
▲苺、今部、2の仲フレルギーけちが)キオかり	
◆薬・食餌・その他アレルギーはあり□なし □あり【抗生剤、解熱剤、]
◆過去に大きな病気にかかったことは	<u>はありますか?</u>	
※手術、1ヶ月以上内服治療、	入院は必ずお書きください	
_ 口なし _ 口あり(詳しくご記入くだ	ごさい)	
年月日	病院	病名•治療内容
◆ <u>身長</u> cm ◆体重	kg 最終月経【]
◆喫煙について □喫煙歴なし	□喫煙歴あり <u>1日() 4</u>	x (歳) ~ (歳) まで
◆飲酒について □なし □あり) <u>1日()ml · 機会館</u>	<u> </u>
		☆裏面もご記入ください

◆家族構成、同居家族を教えてください	
	_
◆介護認定を受けている方は介護度を教えてください	
□要支援 1 □要支援 2	
□要介護 1 □要介護 2 □要介護 3 □要介護 4 □要介護 5	
◆お仕事はされていますか? 「はい」の方はお仕事の内容を教えてください	
ロいいえ 口はい	7
▲ △ + ¬¬¬¬ + ¬ - ¬ + ¬ + + + + + + + + + +	
◆今まで受けたことのある検査はありますか? □骨粗鬆症(最終検査日: 年 月 日) □健康診断(最終検査日: 年 月	日)
□骨粗鬆症(最終検査日: 年 月 日) □健康診断(最終検査日: 年 月 □その他(
◆ <u>本日の診療についてお伺いします</u>	
どちらかに○を付けてください □ホルモン注射・点滴 (保険診療 ・ 自費診療)	
口内科診察	
□その他(()	
<当院初診の方> ◆いつ頃からどんな症状が出ていますか?	

ご記入ありがとうございました。 記入後の用紙は受付スタッフにお渡しください

