静内科　問診票

◎太枠内に必要事項を記入し、保険証、お薬手帳、紹介状などを添えて新患受付窓口に提出してください。

フ リ ガ ナ		性別	生　年　月　日
氏　　名		□ 男 □ 女	明 大 昭 平 令　　年　　月　　日
現　住　所	〒 □□□ ー □□□□		
電話番号	必要時に病院から連絡してもよい番号をご記入ください	（　　ー　　ー　　）	

◎該当する項目に☑□チェックをつけてください。

今日は どうされましたか？	かぜなど	□	熱	□	鼻水	□	せき	□	たん	□ のど痛
		□	関節痛	□	さむけ	□	吐き気	□	嘔吐	
	はら	□	腹痛	□	下血	□	下痢	□	便秘	□ 胃不快
	むね	□	胸痛	□	動悸	□	息切れ	□	めまい	□ 失神
	ひふ	□	かゆみ	□	湿疹	□	赤い	□	むくみ	
	ほか	□	頭痛	□	耳鳴り	□	（　　）			
	検査など	□	禁煙外来	□	心定期検査	□	検診再検査	□	ドック希望	□ 心検査希望
	予防・自由	□	予防接種	□	ビタミン注射	□	プラセンタ	□	AGA	□ ED
いつから	□ 今日（　　）時～			□	昨日（　　）時～			□	日前～	□ か月前～

アレルギー	□ 有 □ 無									
既往歴	□ 有 □ 無									
治療中	□ 有	□	高血圧	□	糖尿病	□	脂質異常症	□	心臓病	□ 脳疾患
	□ 無	□	腎疾患	□	肝疾患	□	前立腺肥大	□	緑内障	□ （　　）
かかりつけ	病院名（　　）（　　）先生 医院名（　　）（　　）先生									
こども　体重	□（									
大事なこと	□ 妊娠　□ 授乳中　□ 粉薬NG　□ 注射NG　□ アルコール消毒NG									

静内科
内 科 / 心臓血管内科