

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明 大 昭 平 令		年 月 日	
現 住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
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 (- -)					

◎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	<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> のど痛
	はら	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> さむけ	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 嘔吐	
	むね	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下血	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 胃不快
	ひふ	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 失神
	ほか	<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> 湿疹	<input type="checkbox"/> 赤い	<input type="checkbox"/> むくみ	
	検査など	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> ()		
いつから	予防・自由	<input type="checkbox"/> 禁煙外来	<input type="checkbox"/> 心定期検査	<input type="checkbox"/> 検診再検査	<input type="checkbox"/> ドック希望	<input type="checkbox"/> 心検査希望
	<input type="checkbox"/> 今日()時～	<input type="checkbox"/> 昨日()時～	<input type="checkbox"/> 日前～	<input type="checkbox"/> か月前～		

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



静内科

内 科 / 心臓血管内科