

問診票

ID: _____ date: _____

ふりがな				生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和
お名前				年 月 日 (歳)
				性別
住所	〒 _____			
電話番号			緊急連絡先	

- いつからどのような症状がありますか、もしくは来院目的を教えてください。
- 過去に治療していた、または現在治療中の病気はありますか。 (はい・いいえ)
 高血圧症・糖尿病・肝臓病・心臓病・喘息・胃十二指腸潰瘍・緑内障
 高脂血症・甲状腺・花粉症・腎臓病・結核・その他 _____
- 今までに病気にかかったこと、手術を受けたことはありますか。 (はい・いいえ)
 病名 _____ いつ頃 _____ 治療 _____ 病院名 _____
 病名 _____ いつ頃 _____ 治療 _____ 病院名 _____
- 現在内服中のお薬はありますか。お薬手帳を受付に提出ください。 (はい・いいえ)
- 市や会社の健康診断や人間ドックを最近受診しましたか。 (はい・いいえ)
 最終受診日： _____ 年 _____ 月頃 _____ を指摘された・問題なし
- 肝炎の検査を医療機関で受けたことはありますか？ (はい・いいえ)
- 薬、注射、食べ物で湿疹がでたり、気分が悪くなりましたか？ (はい・いいえ)
 原因の可能性のあるもの _____
- ご家族(血縁者)の方で下記の病気の方がいらっしゃいますか。 (はい・いいえ)
 高血圧・骨折・糖尿病・肝臓病・心臓病・腎臓病・喘息・甲状腺・がん
- アルコールを飲みますか。1日： _____ 本 種類 _____ (はい・いいえ)
- タバコを吸いますか。1日： _____ 本 _____ 歳から _____ 歳まで (はい・いいえ)
- 治療を進めるにあたり、ご希望を教えてください。
 検査：(必要なものは全て受けたい ・ 先生に任せたい ・ あまり受けたくない)
 お薬：(必要なものは全て使いたい ・ 先生に任せたい ・ あまり使いたくない)
- 女性の方へお尋ねします。授乳中ですか。 (はい・いいえ)
 現在、妊娠の可能性はありますか。(妊娠 _____ ケ月 ・ わからない ・ はい・いいえ)
- 奥田内科医院を受診されたきっかけをお聞かせください。(複数選択可)
 インターネット(HP・GoogleMap・Instagram・その他 _____), 知人・家族の紹介