

# 内科 初診問診票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな									
氏名								(女・男)	
生年月日	大	昭	平	年	月	日		(才)	
住所	〒	—					府	県	市 区
自宅電話番号	( )	—							
昼間の連絡先 (自宅以外の場合)	( )	—						連絡先名	

➤ 今日はどのような症状で受診されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか。

---

---

➤ その症状について他の医療機関に受診されましたか。☑をつけてください。

いいえ  はい (はいの場合、病院・医院名 \_\_\_\_\_)

➤ 慢性の病気で現在治療を受けていますか。

いいえ  はい  中断 (病名 \_\_\_\_\_ 病院・医院名 \_\_\_\_\_)

➤ 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか。

いいえ  はい (はいの場合、以下に病名、その年月日などを記入してください)

---

➤ これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ  はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入してください)

薬の名前、種類と副作用の症状 \_\_\_\_\_

➤ お酒は飲まれますか。

➤ タバコは吸いますか。

いいえ  はい (回数と量 \_\_\_\_\_)  いいえ  はい (1日 \_\_\_本、\_\_\_年間)

➤ 女性にお尋ねします。(差し支えない範囲でお答えください)

● 現在妊娠中ですか。

いいえ  はい (予定日 \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日)  妊娠の可能性ある  不明

● 現在授乳中ですか。

● 生理はいかがですか。

いいえ  はい  順調  不順  閉経 ( \_\_\_才)

➤ すみれ病院を受診された理由に○をつけてください。

- |                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| 1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている | 2. 家族がすみれ病院にかかっている |
| 3. 知人に薦められた、または評判を耳にした  | 4. 他の病院・医院から紹介された  |
| 5. すみれ病院を紹介している雑誌・本を見た  | 6. すみれ病院のホームページを見た |
| 7. その他 (具体的に _____)     |                    |

➤ 最後にもしあなたの病気が、がんであった場合にご自分に病名を知らせてほしいですか。

- |                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| 1. 自分に知らせてほしい                | 2. 自分には知らせないでほしい |
| 3. 初期のがんで治る見込みのあるときだけ知らせてほしい | 4. わからない         |

ご協力ありがとうございました。