

国分寺内科クリニック問診票

記載年月日：西暦 年 月 日

氏名： (フリガナ：)

生年月日：西暦 年 月 日 年齢： 歳 性別： 男 / 女

住所：〒

電話番号： 携帯電話：

メールアドレス： 職業：

(質問 1) 受診理由を教えてください。

(質問 2) これまでに病気にかかったことがあれば教えてください。

例) 35 歳 虫垂炎(手術)、50 歳～ 高血圧(内服中)

(質問 3) アレルギーがあれば教えてください。薬や食物のアレルギーはありますか？

(質問 4) 現在、他の医療機関に通院していますか？最後の受診日と治療内容・処方薬を教えてください。

(質問 5) 血縁者で病気の方がいらっしゃれば教えてください。

(質問 6) 身長()cm 体重()kg 20 歳時体重()kg 過去最大体重()kg(歳時)

最近・・・ 太った(kg 増) ・ やせた(kg 減) ・ 変わらない

家庭血圧・・・ ～ / ～ mmHg ・ 測っていない

特定健診・高齢者健診 最終受診日： 指摘事項：

職場の健診 最終受診日： 指摘事項：

人間ドック 最終受診日： 指摘事項：

(質問 7) 飲酒・・・ 飲まない ・ 飲む(1 日量： 週 回)

たばこ・・・ 吸わない ・ 吸う(本/日) ・ 禁煙中(年前まで 本/日 年間)

(質問 8) 女性の方のみ

生理・・・ 規則的 ・ 不規則 ・ 閉経 ・ 妊娠中(週)

最終月経・・・ 年 月 日ごろ

妊娠中・・・ 高血圧 ・ 浮腫 ・ 蛋白尿 ・ 妊娠糖尿病 ・ なし

妊娠・出産歴(有・無)(回) 妊娠中の異常(有・無) 出産時の異常(有・無)

4,000g 以上児の出産(有・無)

(質問 9) マイナー保険証による診療情報取得に 同意する / 同意しない

(質問 10) 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ご紹介・・・ 医療機関(ご紹介元の医療機関名：) 紹介状 有 / 無

家族 ・ 知人 ・ その他()

ご紹介以外・・・ 看板 ・ インターネット ・ パンフレット ・ バスアナウンス

電柱広告 ・ 折り込みチラシ その他()

ご協力ありがとうございました。