診察申込書

ID 番号 _____

氏名（ふりがな） _____ 生年月日 ____年____月____日 性別 男（M） 女（F）

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

緊急連絡先 _____ お名前 _____ ご関係 _____

外国籍の方は下記質問へ回答お願いします。（Please answer if you are foreign people.）

国籍（Nationality） _____ 言語（Language） _____

内科問診票

1. 今日はどうなさいましたか？あてはまるものに、○をつけてください。
   咳　痰　鼻水　のどの痛み　頭痛　腹痛　下痢　胃痛　吐気　嘔吐　めまい　胸の痛み　動悸
   喘息　呼吸苦　膀胱炎症状　しびれ（部位 _____）　健診後の再検査
   熱はありますか？ →体温 _____℃→お熱はいつ頃からですか？ _____日前
2. 症状はいつからですか？ _____日前 _____ヶ月前 _____年前
3. お薬は服用されましたか？
   いいえ　はい →（薬剤名 _____）
4. かかったことがあるものに、○をつけてください。
   糖尿病　高血圧　心臓病　喘息　肝臓病　緑内障　高脂血症　胃潰瘍　脳梗塞
   前立肥大症　アレルギー（ _____）　その他（ _____）
   - 治療はされていますか？　いいえ　はい→（病院名 _____）
   - 常用薬はありますか？　いいえ　はい→（薬の名前 _____）
   - 手術歴はありますか？　いいえ　はい→（手術名 _____）
5. 健康食品やサプリメントを摂っていますか？
   いいえ　はい →（内容 _____）
6. 内服薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
   いいえ　はい →（薬剤名 _____）（症状 _____）
7. 現在、タバコは吸っていますか？
   いいえ　はい →（1 日 _____本 _____年間）以前吸っていた→（1 日 _____本 _____年間）
8. お酒は飲みますか？　いいえ　はい →（お酒の種類_____ 1 日量_____ 週_____日）
9. 現在、妊娠している可能性はありますか？　いいえ　はい →（妊娠 _____ヶ月）
10. １０日以内に海外から帰国されましたか？
    いいえ　はい →（国名 _____）（いつ _____年 _____ヶ月前）
11. １か月以内に予防接種（ワクチン）を受けましたか？
    いいえ　はい →（ワクチン名 _____）（いつ _____月 _____日）

当院は、患者さんの取り違い防止など医療事故防止のため、お名前で呼び出しをしております。
お名前での呼び出しで支障のある方は予めお申し出ください。