

【短時間診療枠専用問診票】

記入日： 年 月 日

ご記入のお願い：

こちらの問診票は、短時間診療枠をご利用の方専用です。事前にご記入のうえ、ご来院時に受付へご提出ください。
健康診断結果の相談を希望される方は、健診結果をご持参のうえ、当日朝食のみの空腹状態でご来院ください。
(水は飲んでいただいて構いません)

I. 患者情報

氏名： (フリガナ：)

生年月日： 年 月 日 (歳) 性別： ☐ 男性 ☐ 女性 ☐ その他

住所： 〒

電話： (自宅/携帯) (緊急連絡先：)

職業：

II. 本日の受診内容

該当するものにチェックを入れてください。

☐ 継続処方希望 (お薬手帳をご持参ください)

現在服用している薬：

☐ 健康診断結果の相談 (健診結果をご持参ください)

☐ 血液検査を希望 (当日空腹でご来院ください)

☐ 体調不良の診察 (症状を簡潔にご記入ください)

症状：

発症時期： 年 月 日頃から

これまでの対応 (服薬・通院歴など)：

☐ その他 (具体的に)：

III. 既往歴・アレルギー・生活習慣

1. これまでに診断された病気はありますか？ (該当するものに○)

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高コレステロール血症 ☐ 心疾患 ☐ 脳血管疾患

☐ 呼吸器疾患 ☐ 胃腸疾患 ☐ その他 ()

2. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐ なし ☐ あり (具体的に:)

3. 生活習慣について (1日の平均)

☐ 喫煙 (本数 本) ☐ 飲酒 (杯数 杯) ☐ 運動習慣 (あり・なし/内容)

IV. ご要望・ご質問

【ご協力のお願い】

- * 短時間診療枠では、迅速な診療を行うために、事前予約および問診票のご記入をお願いしております。
- * より詳しい診察・カウンセリングが必要な場合は、通常の診療時間でのご予約をご案内させていただくことがあります。
- * 健康診断結果の相談の方は、当日空腹状態でご来院ください (水分摂取は可能)。

皆さまの健康をサポートするため、スムーズな診療にご協力をお願いいたします。

本通みよしクリニック