

# 内科初診時間診票

記入日： 年 月 日

氏名： (フリガナ：)

生年月日： 年 月 日 ( 歳) 性別： 男性 女性

住所：〒

電話：(自宅/携帯) (緊急連絡先：)

本日の受診理由：具合が悪い 健康診断で指摘 かかりつけ医の変更 セカンドオピニオン

どのような症状がありますか (複数回答可)

発熱 ( °C) 喉の痛み 咳 痰 息苦しさ 胸痛 動悸 頭痛 めまい 腹痛  
吐き気 下痢 便秘 食欲不振 だるさ その他 ( )

いつから：今日 昨日 2-3日前 1週間前 それ以前(約 日前)

既往歴 (今までにかかった病気)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 ( ) 脳卒中 がん ( )  
胃・腸の病気 ( ) 肝臓病 腎臓病 呼吸器の病気 手術歴 ( )  
その他 ( )

現在の服薬：なし あり (薬手帳：あり なし)

アレルギー：なし あり (食品・花粉・薬剤名など：)

生活習慣

喫煙：なし あり ( 本/日) 過去にあり ( 歳から 歳まで、1日 本)  
飲酒：なし あり (種類： ) (頻度：週・月 日) (量： 合・ml)

ご家族の病歴 (血縁者)：高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 がん (続柄：)

他の医療機関の受診状況

かかりつけ医：なし あり (医療機関名：)  
他院の受診：なし あり (医療機関名：)

女性の方のみ 妊娠の可能性：なし あり / 授乳中：いいえ はい

※本問診票は適切な診療のために使用させていただきます。

本通みよしクリニック