

東森医院 問診票（内科・循環器内科）

診察の参考にするために次の質問にお答えください。（記載内容は診療目的以外には使用しません。）

受診日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日(才)

〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____ () 携帯番号 _____ ()

身長 _____ c m 体重 _____ k g

診療情報提供書（紹介状） ある ない

本日受診することになった主な症状を教えてください。

いつから _____ 部位 _____ 症状 _____

体温 () *お熱がありそうな方は測定してください。

今まで、または現在、次の病気にかかったことがありますか？ ある ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ ぜんそく ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 肝臓病 ・ 狭心症/心筋梗塞

脳卒中（脳梗塞・脳出血など） ・ 腎臓病 ・ うつ病 ・ その他の ()

現在内服中のお薬はありますか？ ()

これまでに薬（麻酔薬・注射）・食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？

ある () ない わからない

今までに手術を受けたことがありますか？ ある ない

いつ _____ 病名 _____ 手術の内容 _____

女性の方にお聞きします。現在、妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ 授乳中 わからない

飲酒・喫煙をされている方に伺います。

・タバコ _____ 本/日

・アルコール（ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー）量 _____ (本・合・杯)

当院をどのようにして知りましたか？

家が近所 会社・学校の近所 知人の紹介 通がかり 広告

インターネット・HP 携帯サイト その他 ()

ご協力ありがとうございました。