

初診問診票

ふりがな

氏名 (女・男)

生年月日 大昭平 年 月 日 (才)

住所 (〒 -) 電話番号 () -

1. 今日はどのような症状で受診されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか。

[]

2. その症状について他の医療機関に受診されましたか。

いいえ はい (はいの場合、病院・医院名)

3. 慢性の病気で現在治療を受けていますか。

いいえ はい 中断 (病名 病院・医院名)

4. 過去に大きな病気・けがのために入院や手術を受けたことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、病名、その年月日などをご記入ください)

[]

5. これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、薬の名前、種類と副作用の症状)

[]

6. お酒は飲めますか。

いいえ はい (回数と量)

7. タバコは吸いますか。

いいえ はい (1日 本、年間)

8. 女性にお尋ねします。

(レントゲン検査やお薬を使う上で必要な情報です。差し支えない範囲でお答えください)

現在妊娠中ですか。

いいえ はい 妊娠の可能性がある 不明

現在授乳中ですか。

いいえ はい

生理はいかがですか。

順調 不順 閉経 (才)

9. みうら内科循環器科を受診された理由に○をつけてください。

1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
2. 家族がみうら内科循環器科にかかっている
3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
4. 他の病院・医院から紹介された
5. その他 (よろしければ具体的に)

[]

ご協力ありがとうございました。