

診療問診票

まつおか内科医院

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年	明・大	年	月	日
お名前			月日	昭・平			才
ご住所	(〒 -)	連絡先	自宅 ()	-			
			携帯 ()	-			
			体温				℃

●今日はどうされましたか？

- 発熱 (°C) 鼻水・鼻つまり 咳・痰 呼吸が苦しい 頭痛
 動悸 胸痛 手足がむくむ めまい 倦怠感(だるい) 嘔気・嘔吐
 のどが痛い 胸焼け 胃痛 食欲低下 飲み込みにくい 禁煙外来希望
 下痢 便秘 血便 便が細い ピロリ菌の検査・治療
 アレルギー検査希望 内視鏡検査希望(胃・大腸) 健診・検診・ドックでの異常

●上記症状はいつからありますか？

- 本日・昨日から 数日前から 1週間前から 1か月前から 半年以上前から

●上記以外の症状・診察にご希望があればご記入下さい。

()

●持っているご病気 なし あり ()

●現在服用中の薬 なし あり ()

●食物・薬のアレルギー なし あり ()

●(女性の方) 妊娠中ですか なし あり(妊娠 月)・可能性あり わからない

●(女性の方) 授乳中ですか いいえ はい(生後 歳 月)

●飲酒 なし 飲む(1日) ●喫煙 なし 吸う(1日 本× 年)

●ご来院のきっかけは？ 電柱看板 紹介(家族・友人) ()

前から院長を知っている () ホームページ

病院・医院から紹介(先生) Web広告

雑誌を見て () その他 ()

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。ご協力ありがとうございました。

お薬手帳をお持ちの方は持参の上、来院お願い致します。