

問診票

みやけ内科クリニック

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	性別 男・女
生年月日 大・昭・平	年 月 日 ()歳
郵便番号 (—)	
住所	
電話番号 () —	携帯 — —

1. どうなさいましたか？

①かぜ症状

②腹痛

③胸痛

④健診で再検査

⑤他院からの紹介受診 (

病院・医院)

⑥その他 (

)

※いつからですか？ (日ぐらい前から)

※具体的にどのような症状ですか？

(

)

2. 今飲んでいる薬はありますか？

はい

いいえ

お薬手帳を持ってきていますか

はい

いいえ

3. 薬や食べ物で発疹やアレルギーが出たことがありますか？

はい

いいえ

(薬剤名:

)

(食べ物:

)

(そのほか:

)

4. 今までに大きな病気にかかれたことがありますか？

ある

ない

ある場合 病名 (

)

5. 女性の方にお尋ねします。

①現在妊娠の可能性ありますか？

はい

いいえ

②現在授乳中ですか？

はい

いいえ

6. よろしければ、以下のアンケートにお答えください。

当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

紹介 (病院・医院, 知人・友人, ご家族・ご親戚)

ホームページ

そのほか

看板 (ニッケパークタウン内 道路看板 神姫バス)

市役所モニター

(

)