

内科問診票

ID:

ふりがな
氏名

生年月日 昭・平 年 月 日()歳 男・女

体温: °C

1. 今日はどのような症状でご来院されましたか？(○をつけてください)

海外から帰国された方はご記入ください⇒ (いつ: どちらから:)

発熱	のどの痛み	鼻汁	くしゃみ	咳	痰	頭痛	だるさ
腹痛	胃痛	吐き気	嘔吐	下痢	便秘	検査の相談(内視鏡・エコーなど)	
その他症状:							
にんにく注射		プラセンタ注射		AGA(男性薄毛相談)		ED(男性機能治療)	

その症状はいつ頃からですか? 頃から

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？(○をつけてください)

現在治療中ですか? はい・いいえ

高血圧	脂質異常症	糖尿病	痛風	狭心症/心筋梗塞	脳梗塞	脳出血
胃潰瘍	肝臓病	腎臓病	気管支喘息	緑内障	貧血	前立腺肥大症
その他:						

3. 今までに手術をされたことはありますか? はい・いいえ

はいの方(病名:)

4. お薬でアレルギーが出たことはありますか? はい・いいえ

はいの方(種類: 症状:)

5. 食べ物など(お薬以外)でアレルギーはありますか? はい・いいえ

はいの方(種類: 症状:)

6. ※女性の方のみ 現在妊娠の可能性はあますか? はい・いいえ

妊娠中の方:現在(週)／授乳中ですか? はい・いいえ

7. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

8. (7. がいいえの方のみ)現在他の医療機関で処方されているお薬はありますか?

はい・いいえ

(薬:)

9. (7. がいいえの方のみ) 1年以内に特定健診を受診しましたか? はい・いいえ

はいの方(受診した時期 年 月頃)

指摘事項があればご記入ください(高血圧・メタボ等)

10. 他医療機関から紹介状を持っていますか? はい・いいえ