

☆ 内科問診票 ☆

受診日 平成 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女（生年月日 大・昭・平 年 月 日） 歳

住所 〒

電話番号

ご連絡可能な電話番号

※必要時、当院よりご連絡することがありますので
ご了承ください

会社名

A. 本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものに○をしてください。

熱がある（体温 ℃） ・ のどが痛い ・ 鼻水が出る ・ 咳が出る ・ 痰が出る
お腹が痛い ・ 吐き気がする ・ 下痢をしている ・ 便に血が混じる
胃が痛い ・ 胃がもたれる ・ 胃が重い ・ 胸やけがする
尿に血が混じる ・ 尿が近い ・ 排尿時に痛みがある ・ 頭が痛い ・ 胸が痛い
背中が痛い ・ 蕁麻疹、湿疹が出た ・ 血圧が気になる ・ 動悸・息切れがする
心臓が気になる ・ 健康診断希望 ・ その他（ ）

B. 症状はいつ頃からありますか？（ ）

C. 特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらお書きください。
（ ）

D. 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
あり（ ） ・ なし

E. 現在、治療中の病気はありますか？
あり（ ） ・ なし

* 医療機関名 1. 虎ノ門病院 2. 東芝病院 3. 慈恵医大病院 4. その他（ ）

F. 現在、飲んでいるお薬はありますか？
あり（ ） ・ なし

G. お薬のアレルギーはありますか？
あり（ ） ・ なし

H. 妊娠中ですか？ I. 授乳中ですか？
はい ・ いいえ はい ・ いいえ

J. 当院をどちらでお知りになりましたか？
インターネット ・ 看板 ・ 知人 ・ その他（ ）

* 記載内容は診療に関する目的以外に使用することはありません。 虎ノ門とうまクリニック