



問 診 票

記入日： 年 月 日

ふりがな		大正
氏 名		昭和 年 月 日生 (歳) 男・女 平成
住 所	〒	
電話番号	自宅： - - 携帯： - -	ご本人以外の緊急連絡先 (必ずご記入下さい) 氏名 (間柄：) 電話番号： - -

紹介状をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (紹介元：)
今回、どのような症状や理由で来院されましたか？ (いつ頃から)
現在治療中や、過去にかかったご病気や手術はございますか？ (病名、何歳頃) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
現在、服用中のお薬はございますか？ (漢方薬、市販薬、サプリメントなども含めて) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※お薬手帳のご提示でも構いません
アレルギーはございますか？ (お薬、アルコール消毒、ラテックス、食べ物など) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
直接血のつながった方でご病気をされた方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
タバコを現在や過去に吸っておられますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (喫煙開始： 歳から、1日あたり約 本 禁煙した年齢： 歳)
妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
当院をどのようにお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 医師から紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 ()
診察に際して何かご希望はございますか？

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。



いちせ内科リウマチクリニック

ICHISE CLINIC for General Internal Medicine & Rheumatology

ご協力ありがとうございました