

ID:

問診票 (内科)

太枠内を分かる範囲でご記入下さい。

職員 使用 欄	受付	Dr	XP	MRI	PT	リハ
	新患		初診	再診	別部位	

診察日 年 月 日

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名			年 月 日
自宅住所	〒 -	電話	- -
		携帯電話	- -

本日ご飯は? 食べた・食べてない
 本日の体温は(必要な方のみ) _____

血圧 _____ / _____ mmHg 体重 _____ Kg

1. 今日どのような目的で来院されましたか?

気になる症状がある

年 月 日 ~

どのような症状ですか?

発熱 鼻水 咳 痰 胸焼け 下痢
 嘔気 血圧が高い
 痛み→ 場所は? _____
 その他

検査を受けたい

採血 検尿 検便
 エコー(頸動脈・甲状腺・心臓・腹部)
 心電図 レントゲン

健康診断の精密検査をしたい

会社 特定検診(県・市町村) その他

病気、薬の相談をしたい

薬の(数を減らしたい・内容を変更したい)
 相談したい病名、薬があれば教えて下さい。

2. 診察・食事・運動・検査を組み合わせ、より効果的に生活習慣病(高血圧・高脂血症・糖尿病)を改善するプログラムを取り組みたいですか?

希望する・希望しない

ホームページ印刷用

3. あなたの生活習慣について教えてください。
 たばこは?

吸わない
 吸う → 1日に _____ 本(_____ 年前まで・現在)

お酒は?

飲まない
 飲む → _____ を1日におよそ _____ 合

睡眠時間は?
 _____ 時 ~ _____ 時まで(およそ _____ 時間)

運動は?
 していない
 している → _____ を週・月 _____ 回
 1回およそ _____ 分

アレルギーは?

ない あり → 食べ物:
 薬:
 その他:

4. 現在飲んでいるお薬について教えてください。
 ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。
 現在飲んでいる薬が ある・ない
 あると答えた方は薬の名前を教えてください。

()

5. ガンと診断された場合、告知を希望しますか?
 希望する・希望しない

6. 食育の指導を希望しますか?
 希望する・希望しない

7. 当院でリハビリされている方へ
 内科診察後にリハビリをされますか?
 する・時間があればする・しない

採血	済・次	心電図	済・次	頸エコー	済・次	胸エコー	済・次	X-P	済・次		済・次
検尿	済・次	検便	済・次	甲状腺エコー	済・次	腹エコー	済・次	MRI	済・次		済・次