

田中医院 内科・呼吸器内科・脳神経内科 問診票

ID: _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※紹介状・レントゲン・CT・MRI等の画像をお持ちの方は、受付に提出してください。

ふりがな

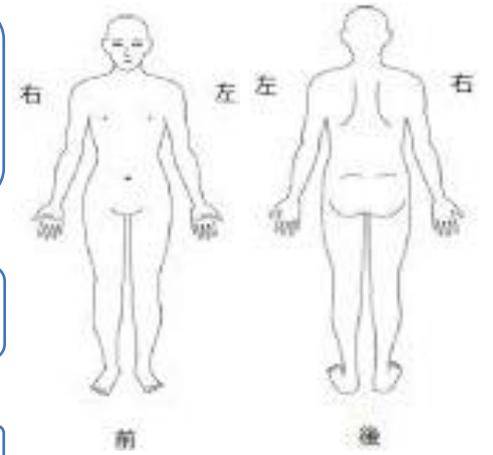
氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ (大正・昭和・平成・令和)
 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 電話番号 _____
 住所 _____ (自宅) _____ - _____ -
 _____ (携帯) _____ - _____ -

◆どのような症状で来院されましたか？

※症状のある場所に○をつけてください

[_____]



◆その症状はいつからありますか？

[_____]

◆その症状について、他で治療を受けましたか？(はい・いいえ)

[治療を受けた施設: _____]

◆今までに、他の病気にかかったことはありますか？(はい・いいえ)

[病名等: _____]

◆現在、治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

※はいの場合は該当するところに○をつけて、その他は () に記入してください

- ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 喘息
- ・ その他 [_____]

◆現在飲んでいるお薬はありますか？(はい・いいえ)

[お薬の名前等: _____]

※おくすり手帳をお持ちの方は受付に提出してください

◆アレルギーはありますか？(はい・いいえ)

[薬・食べ物など具体的な品目: _____]

◆たばこは吸いますか？(はい・いいえ) { 本数: _____ 本/日、 期間: _____ 年 }
 ◆お酒は飲みますか？(はい・いいえ) { 飲量: _____ ml/日、 頻度: _____ 回/週 }

◆女性の方で、現在妊娠中または可能性はありますか？

(はい・いいえ) ※はいの場合 (・第 _____ 週くらい・未検査)

◆介護保険の認定を受けていますか？(はい・いいえ) 認定: 要介護 () 要支援 ()

◆当院でのリハビリテーションを希望されますか？(はい・いいえ)

※リハビリテーションは医師が必要と判断した場合に利用可能となります