

田中医院 問診表

令和 年 月 日

ふりがな

お名前 男・女 生年月日 西暦/T/S/H/R 年 月 日
〒

ご住所 電話番号

●本日の診察希望は何科ですか？

☐内科

☐呼吸器内科

☐脳神経内科

●今日は、どのような症状で来院されましたか？【他院から紹介状 ☐あり ☐なし】

●いつから、そのような症状がありましたか？

●今までに、他の病気にかかった事がありますか？

☐いいえ ☐はい ()

●他院で、現在治療中の病気はありますか？

☐いいえ ☐はい ()

●現在、服用中のお薬はありますか？

☐いいえ ☐はい (☐お薬手帳を持参している ☐持ってきていない)

●アレルギーはありますか？

☐いいえ ☐はい (☐薬 : ☐食べ物 :)

●喫煙歴 ☐なし ☐あり (期間(年) : 本数 : 本/日)

飲酒 ☐なし ☐あり (飲量 : 頻度 : 回/週)

●女性の方：現在妊娠中ですか、またはその可能性はありますか？

☐いいえ ☐はい (☐第 週くらい ☐未検査)

●介護保険の認定を受けていますか？

☐いいえ ☐はい (数字を記入 : ☐要介護【 】 ☐要支援【 】 ☐覚えていない)