内　科　問　診　票

氏名　　殿　（ 男 ・女 ）		受診日　　年　　月　　日	
生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）			
職業	身長　　cm	体重　　kg	
住所			
電話番号　　携帯			
介護保険被保険者証（40 歳以上の方）　→　有　・　無			

1．今日はどのような症状で来られましたか？

2．いつ頃から症状が出てきましたか？
□（　　）年（　　）月（　　）日から　　□（　　）日前ぐらいから
□（　　）ヶ月ぐらい前から　　□（　　）年ぐらい前か

3．現在治療中の病気はありますか？
□高血圧　□心臓病（狭心症・不整脈など）　□糖尿病　□喘息　□胃潰瘍
□その他（　　）
□治療中の病気はない

4．過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか？
□ある：(手術　　→〔　　〕年頃)
□ない

5．現在、何か薬を飲んでいますか？
□ある：(薬品名　　)
　→お薬手帳：　有　・　無
□ない

6．お薬や食べ物のアレルギーはありますか？
□ある：お薬（　　）
　　食べ物（　　）
□なし

7．女性の方のみお答えください
□妊娠中：(　　）ヶ月
□妊娠の可能性：　有　・　無

記入いただきました問診票は、カルテと同様に厳正に管理されます

森ノ宮医療学園附属　みどりの風クリニック