患者番号【　　】

# 循環器内科・内科 初診問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな

お名前：　　性別：　男　・　女

生年月日：　　年齢：　　歳

ご住所：〒　　-

連絡のつくお電話番号（自宅・携帯）

身長　　cm　体重　　kg　体温　　℃

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？ **（必ずお書き下さい）**

■ いつからですか？

■ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

☐ いいえ　☐ はい　　年　　月　　日から

（　　）にかかっている。

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、☐にチェックし、
いつ頃かを( )にご記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ 高血圧 | （　　） | ☐ 高脂血症 | （　　） |
| ☐ 糖尿病 | （　　） | ☐ 脳卒中 | （　　） |
| ☐ 心臓病 | （　　） | ☐ 気管支喘息 | （　　） |
| ☐ 肝臓病 | （　　） | ☐ 肺結核 | （　　） |
| ☐ 腎臓病 | （　　） | ☐ 胃･腸の病気 | （　　） |
| ☐ 緑内障 | （　　） | ☐ 悪性疾患（がん） | （　　） |
| ☐ その他 | （　　） | | |

■ 今までに手術を受けたことはありますか？

☐ なし　☐ あり

病名：　　いつ頃：

■ 薬のアレルギーはありますか？　☐ なし・☐ あり（　　）

食べ物のアレルギーはありますか？　☐ なし・☐ あり（　　）

裏へつづく

阪部　循環器内科・内科　婦人科　クリニック

■ 現在、飲んでいる薬はありますか？

□ なし・□ あり（薬品名：　　）

※ お薬手帳をお持ちの方は記載不要です。

■ たばこ　□ 吸わない

□ 吸う・□ 過去に吸っていた（1 日　　本，　約　　年間）

■ アルコール　□ 飲まない

□ 飲む・□ 過去に飲んでいた

（種類：　　量：　　□ 毎日・□ 時々・□ 月に 2～3 回）

■ 女性の方へ

妊娠している可能性は？　□ ない・□ ある

■ 検診結果や他医院からの紹介状はありますか？　□ なし・□ あり

**ありがとうございました。**

**記載後に受付にお持ちください。**

阪部　循環器内科・内科　婦人科　クリニック