

問診票兼同意書

受診日 令和 年 月 日 体温 °C 脈拍 回/分 血圧 / mmHg

ふりがな

大正・昭和

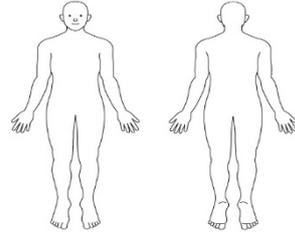
氏名 (歳) (男・女) 平成・令和 年 月 日生

住所 〒

電話番号

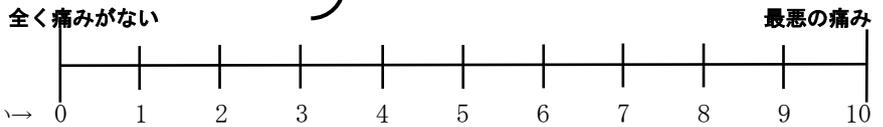
症状がある場所に印をつけてください

① いつ頃からどのような症状でお困りですか。



② 痛みはありますか。 なし・あり

数字に○をつけてください→



③ アレルギーはありますか。

気管支喘息 なし・あり →具体的に;

薬のアレルギー なし・あり →具体的に;

食べ物のアレルギー なし・あり →具体的に;

④ 現在医療機関で薬の治療を受けていますか。 なし・あり

当院以外から投薬を受けていますか。 なし・あり 本日、薬手帳を持参していますか。 なし・あり

具体的に教えてください (例 アムロジン 5mg 1日1回 朝食後)

⑤ 今までに大きな病気や入院・ケガ・手術をしたことがありますか。 なし・あり

※例) 15歳のとき虫垂炎で手術 60歳のときに肺炎で入院

⑥ 出生時に異常はありませんでしたか (小児の方)。 なし・あり ()

たばこ 吸わない ・ 吸う ・ 吸っていたが禁煙した 歳から 歳まで 1日 本

アルコール 飲まない ・ 飲む 種類 1日量 週に 回

⑦ 女性の方のみお答えください。

妊娠している可能性はありますか。 いいえ ・ はい 最終月経 月 日

授乳中ですか。 いいえ ・ はい

⑧ にしむら内科クリニックでは患者様の診療データを、個人情報が特定されない形で、学会発表・論文・書籍・当院ウェブサイトなどにて活用させていただく場合がございます。

同意します 同意しません

署名日 令和 年 月 日 氏名 (本人・続柄:)