

問診票 1

いとうひろし内科・糖尿病内科クリニック

* 下記の項目をお読みに頂きご記入下さい。

初診日 令和 年 月 日

フリガナ		自宅電話
お名前		携帯電話
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (満 才)	
ご住所	〒 ()	
性別	男 ・ 女	ご職業 ()

1. 今回はどのような症状で来院されましたか。
2. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。 いいえ ・ はい ()
3. 現在治療中のご病気はありますか。 いいえ ・ はい ()
4. 現在飲んでいるお薬はありますか。 いいえ ・ はい ()
お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。
5. これまでに大きな病気にかかったことはありますか。(入院や手術を要する病気など)
いいえ ・ はい (病名・いつごろ・医療機関・治療の内容など)
6. お薬や食べ物のアレルギーはありますか。 いいえ ・ はい ()
7. この1年間で特定健診、または高齢者健診を受けられましたか。
いいえ ・ はい (いつ頃; 結果;)
8. 日常生活についてお尋ねします。
お酒について 飲まない・ 飲む (種類; 量;)
タバコについて 吸わない ・ 吸っていた ・ 吸う (1日に 本)
9. 当院はマイナンバー保険証を導入しておりますので、診療情報の共有に同意して頂けますか。
はい ・ いいえ
10. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか。 いいえ ・ はい
11. 当院をお選びいただきましたきっかけについて、お聞かせ下さい。
ホームページ ・ 家や職場が近い ・ 知人の紹介 () ・ その他 ()

糖尿病または糖尿病疑いの方は、次ページ「問診票2」にもご記入ください。

