

# 土倉内科循環器クリニック 問診表

日付

フリガナ お名前	様 男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日( )歳
身長	.....cm	ご職業	
体重	.....kg	お薬手帳	ある ・ 今日は忘れた ・ ない

1,マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか。

はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの健康保険証の利用にご協力をお願いします。

2,他の医療機関からの紹介状はありますか。

はい いいえ

3,① 今日はどうされましたか？該当するものを○で囲んでください

胸痛 高血圧 動悸 息切れ むくみ めまい ふうつき  
発熱 ( )℃ のどが痛い せき たん 鼻水 頭痛 腹痛 胃痛  
嘔気 嘔吐 食欲不振 肩痛 腰痛 月経関連症状 更年期症状 肛門疾患(痔)  
その他 [ ]

② 症状はいつ頃からですか？ [ ]

4,今までにかかったご病気があれば○で囲み、現在通っている病院があればご記入ください

a.高血圧 b.心臓疾患 [ 狭心症 ・ 不整脈 ・ その他 ]  
c.脳梗塞 d.脂質異常症 e.糖尿病 f.甲状腺疾患 g.骨粗鬆症  
その他 [ ]

.....病院 診断：.....  
.....病院 診断：.....

5,アレルギーがありますか？

いいえ ・ はい お薬名 ( ) 食品 ( )

6,タバコは吸いますか？ いいえ ・ はい 1日 本 ( ) 歳～ ( ) 歳

7,お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい 種類 ( ) 量 ( )

8,血がつながった両親、兄弟、祖父母、子供で次のご病気の方がおられますか

がん 高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 肝臓病 ぜんそく 結核  
どなたが？ ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

9,当院に受診された理由は何ですか？

自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介(紹介者: )  
雑誌・新聞・本で見た(名称: )インターネット  
医師の勧め( 病院 先生) その他

10,検査・治療薬のご希望について○で囲んでください

検査: なるべく検査を希望 ②あまり検査はしたくない ③お任せする  
治療薬: ①なるべく西洋薬を希望(粉 ・ 錠剤) ②なるべく漢方薬を希望 ③お任せする

※漢方薬を希望される方は **うら面** 漢方薬問診表も必ずご記入ください