

NO.

平成 年 月 日

初めてご来院された方へ



問診表



Hi-yoshi Naika

日吉内科

下記必要事項やあてはまる項目をご記入下さい。

ご氏名	フリガナ	性別
	氏 名	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢
		歳
ご住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (都・道・府・県)	
ご連絡先	(電話・携帯) ()	メールアドレス(当院からのお知らせをご希望の方) @

本日はどうなさいましたか？(どのような症状ですか？心配なことは何ですか？)

いつ頃からはじまりましたか？

他の医療機関を受診しましたか？或いは服用している薬(市販品も含めて)はありますか？

医療機関について はい・いいえ 病院名()

薬について はい・いいえ 薬 ()

現在、他の病気などで医療機関を通院中ですか？

はい・いいえ 病気() 病院名()

過去に以下の病気等にかかったことはありますか？ / 「はい」の方は、下記の中でかかった病気にチェックして下さい。(複数可)

はい・いいえ

<input type="checkbox"/> 脳、神経疾患	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症、心臓病	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 肝臓、泌尿器疾患	<input type="checkbox"/> 貧血、血液疾患	<input type="checkbox"/> 高脂血症
<input type="checkbox"/> リウマチなどの膠原病	<input type="checkbox"/> 心身症、不眠、うつなど		<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> アレルギー疾患(□気管支喘息 □アレルギー性鼻炎、花粉症 □アトピー性皮膚炎)			
<input type="checkbox"/> その他()			

かかりつけ薬局はありますか？

はい・いいえ 薬局名()

当院にご来院した、或いは知ったきっかけは何ですか？ / あてはまる項目にチェックして下さい。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 家族や知人に聞いて	<input type="checkbox"/> 通りがかり
<input type="checkbox"/> 広告などを見て(□看板 □電話帳 □インターネット)	<input type="checkbox"/> 医療機関、薬局などの紹介や勧めで
<input type="checkbox"/> その他()	

[守秘義務、個人情報保護について]

当院では、ご記入いただく情報の守秘義務、個人情報保護につきましては、厚生労働省による「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いに関するガイドライン」に基づいた取扱いをおこなっております。