

・・・わたなべ内科皮膚科クリニック問診票・・・

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住所 (〒 -) TEL(自宅) ()

都道 (携帯) ()

府県

■今回受診を希望される診療科はどちらでしょうか？ (内科・皮膚科・両科とも)

■他の医療機関からの紹介状や検査結果はお持ちでしょうか？ (はい・いいえ)

お持ちのかたは、ご来院時に受付にご提出をお願いいたします。

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃から・・・()

どこが・・・()

どんなですか・・・()

今回の原因としておもいあたることはありますか？

(例：薬・食事・触れたもの・仕事等)・・・()

■現在治療している病気はありますか？ (はい・いいえ)

はいのかた・・・病名()

■現在使用している薬がありましたら、薬の名前をご記入下さい。

()

■今までにかかった病気や現在治療中の病気があれば、○で囲んでください。

心臓病・肝臓病・腎臓病・高血圧症・糖尿病・高脂血症・虫垂炎・喘息・緑内障

アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎

その他 ()

■健診などで異常を指摘されたことがあれば、内容をご記入ください

健診時期 (年 月) 指摘内容 ()

■今までに薬剤や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？ (ある・ない)

あるかた・・・薬剤等の名前 () そのときの症状 ()

■のみ薬で胃腸をこわしやすいですか？ (はい・いいえ)

■嗜好品についてお知らせください。

アルコール (お酒の種類 1日の飲酒量 飲酒回数/週 回・飲酒歴なし)

タバコ (1日 本 歳から) (現在喫煙中・ 歳で禁煙・ 喫煙歴なし)

■女性のかたに 妊娠中ですか？ (はい ヶ月・ いいえ・ 可能性がある)

授乳中ですか？ (はい・ いいえ) 最終月経の開始日 (月 日)

■マイナンバー保険証をご使用の場合、診療情報取得に同意しますか？ (はい・いいえ)

なお、「はい」に○をつけていただいた方は、ご来院時の顔認証カードリーダー操作時にも、同意をおねがいします。