

横山駅前ハート内科クリニック問診票

ID番号 _____ (クリニック使用) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日記入

*マイナ保険証を利用できますか? はい・いいえ

前医紹介状・お薬手帳・自分の病気史をお持ちの方はお見せ下さい

フリガナ:	性別: 男性・女性 年齢: _____ 歳
名前:	生年月日 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
連絡先: _____ - _____	携帯番号: _____ - _____

住所: 〒□□□ - □□□□ *マイナ保険証利用時は記載不要

兵庫県三田市 _____

上記以外 _____

1. 今日はどうされましたか。症状・経過・診察希望内容を詳しくご記入ください (必須)

2. これまで、現在の病気、骨折、手術、イベントをできる限りご記入ください (必須)

3. お薬や食べ物等で湿疹やアレルギーが出たことはありますか (必須)

ない・ある: : 食べ物 (_____) : 薬 (_____)

4. 服用中の薬剤名: お薬手帳があれば記載不要 (主要・重要なものをお書きください)

5. 通院中の病院名(科目・主治医名): 紹介状があれば記載不要

6. アルコール: 飲む (_____ /日)・タバコ: 吸う (_____ 本/日× _____ 年) 銘柄:

7. 服薬・X線施行時に必要になります。妊娠・可能性はありますか? ない・ある・不明

8. 飲めない剤形のお薬はありますか? ない・ある (粉薬・錠剤・カプセル)

お薬は後発品 (ジェネリック) を希望しない

9. 身長: _____ cm、体重: _____ Kg (増・減)、血液型: _____ 型 Rh(_____)

10. ご家族あり・同居人あり・独居 (可能な限りで結構です。緊急連絡先: _____)