予　約　：

当日受診

問　診　票

年　月　日

お 名 前：　よみがな：

生年月日：　大正　昭和　平成　年　月　日　（　歳）　男　・　女

郵便番号：　－　住　所：

電話番号：　携帯電話：

ご 職 業：　勤務先への連絡は可能ですか？

□いいえ　□はい（連絡先：　）

身長：　cm　体重：　kg　今日の体温：　度　分

◆どちらで当院をお知りになりましたか？

家族・友人から　インターネット　当院の前を通って

広告より（　月刊かみいな　e-10　長野日報　中日いなホームニュース　）

伊那市役所の掲示板　伊那バスターミナル看板　電話帳　その他（　）

① 今日はどうなさいましたか？（いつから・どのような症状があるか教えてください。）

② お薬や食べ物のアレルギーがありますか？

□ない　□ ある（具体的に教えてください。）

③ 今までにかかった大きな病気やけが、現在治療を受けている病気があれば教えてください。

□ない　□ある（具体的に教えてください。）

④ 現在服用しているお薬がありますか？

□ない　□ある（お薬手帳があればお見せください。）

⑤ 血縁のご家族の中で、高血圧・糖尿病・がん・脳梗塞・心筋梗塞などの方はいらっしゃいますか？

□いいえ　□はい（誰が：　病名：　）

⑥ アルコールは飲みますか？

□いいえ

□以前飲んでいたがやめた（頻度：毎日・週に 2～3 回・月に数回　量：1 回に　を　位）

□はい（頻度：毎日・週に 2～3 回・月に数回　量：1 回に　を　位）

⑦ タバコは吸いますか？

□現在吸っている（1 日　本、　才～現在）

□以前吸っていたがやめた（1 日　本、　才～　才）

□元々吸わない

⑧ 女性の方のみ：現在妊娠されている、もしくはその可能性がありますか？

□いいえ　□はい

授乳中ですか？

□いいえ　□はい

内科・消化器内科
久保田内科クリニック