

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

カルテNo. _____

おがさわらクリニック内科循環器科の診療を初めて受けられる方へ

- お名前 _____ ふりがな(_____)
- 生年月日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 性別 (男・女)
- ご住所 〒 _____
- 電話番号 (ご自宅)
(携帯電話番号)
(勤務先電話番号)

• **いつからどのような症状があるかご記入下さい** 体温 _____ ℃

- 今までどのような病気や怪我をしましたか？ (○で囲ってください)
ない・ある (高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・心臓病・脳卒中・癌)
その他 (_____) 手術 (具体的に: _____)
- ご家族の方に以下のような病気がありますか？ (○で囲ってください)
ない・ある (高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・心臓病・脳卒中・癌)
- タバコは吸っていますか？ (○で囲ってください)
吸ったことがない・禁煙した・吸っている (1日 _____ 本位 _____ 年間)
- アルコール類は飲みますか？ (○で囲ってください)
飲まない・時々飲む (1週間に _____ 回ぐらい)・ほとんど毎日飲む
- 薬や食品などにアレルギーがありますか？
ない・ある (具体的に _____)
- 定期的に運動はしていますか？ はい (具体的に: _____)・いいえ
- 食事や間食 (おやつ) について (○で囲ってください)
食事の回数 _____ 回 (朝食・昼食・夕食) 規則正しく食べる・不規則になる
間食 (食べない・良く食べる・夕食後に食べる)
- (女性の方へ) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい (_____ 週・ _____ ヶ月)
- 当院をどのようにして知りましたか？
知人の紹介 電話帳 インターネット その他 (_____)

*問診票にご記入頂いた事項は、当院の診療以外の目的で使用することは、一切ございません。