国立ふじみ内科　外来問診票

受付日　　年　　月　　日

※印は必ず記入してください。　　お熱　（　　.　　度）

※　フリガナ					
※　氏 名				（ 男 ・ 女 ）	
※　生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日			（　　才）	
※　住 所	〒　　－				
※　電話番号	（　　）		携帯番号	（　　）	
職 業		身 長	cm	体 重	kg

※当院に受診されたことはありますか。（ 初診 ・ 一年以内にある ・ 二年以上前にある ）

・ 本日紹介状をお持ちですか。（ 持っている ・ 持っていない ）

1．今日は何で受診しますか。（例えば、**いつから**○○が痛い、○○が腫れている、など）

2．今まで大きな病気にかかったことがありますか。

・ある　　（ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 悪性腫瘍　その他 ）

・ない

◎ 今何かお薬は飲まれていますか。（ はい ・ いいえ ）　ある場合、おわかりになればお知らせください。

3．タバコを吸われますか。

・吸っている（ 1日　　本 くらい ）　　・以前吸っていた（　　年前・　　本/日 くらい）

・吸わない

4．アルコールは飲まれますか。

・飲む（ 種類：　　どのくらい　　）

・飲まない

5．薬や食べ物でアレルギーをおこされたことはありますか。

・ある（　　）

・ない

6．ご家族や血縁者の中に大きな病気をされた方はいますか。

・いる（ 受診者との続柄：　　）　　（ 病名：　　）

・いない

7．女性にお聞きします。現在あなたは

妊娠（ している ・ していない ）　　・授乳（ している ・ していない ）

8．治療上希望されることがあればご記入ください。

（　　）