ID

予約時間　　：

予約外

（受診日） 平成　　年　　月　　日

内科外来問診票

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

フリガナ

氏名　　（男・女）　明・大・昭・平　　年　　月　　日　　才

〒　　ー　　携帯番号（　　ー　　ー　　）

住所　　電話番号　　（　　）

職業　　体温　　℃

1. いつ頃から どのような症状でお困りですか。（痛みのある場合は、その部位もお書き下さい）

（　　）

2. 過去１ヶ月以内に海外渡航歴はありますか。

（あり・なし）

「あり」の方・・・・渡航先（　　） 渡航期間（　　）

3. 女性の方のみ お答え下さい。

妊娠中ですか （ はい ・ いいえ ） 授乳中ですか （ はい ・ いいえ ）

月経（ 順調・不順 ） 最終月経（　　月　　日～　　月　　日）

閉経（　　才 ）

4. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃（または年齢）ですか。

	いつ頃		いつ頃
中垂炎	（　　）	肝臓病	（　　）
腎臓病	（　　）	心臓病	（　　）
高血圧	（　　）	糖尿病	（　　）
胃潰瘍	（　　）	喘息	（　　）
その他　病名	（　　）	いつ頃	（　　）

5. 今まで薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

（あり・なし）

「あり」の方・・・・わかれば薬・食べ物の名前（　　）（　　）

6. 当院をなにで知りましたか。

（1）広告・チラシ・新聞 （2）看板・通りがかり （3）インターネット （4）知人の紹介

（5）他院からの紹介 （6）その他

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら お呼びいたしますので、お待ち下さい。

初診外来を受診される患者さんへ

緊急で診察しなければならない患者さんや、予定よりも時間をとらなければならない患者さんもいらっしゃるため、予定時間通りには診察できない場合があります。ご了承下さい。

医療法人 横浜グリーンクリニック

YGC 横浜 リウマチ・内科クリニック