

あなたの健康・心・体・女性医師としてトータルサポート
ひがこ北口内科クリニック問診票 TEL042-401-2353

この質問表は、病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲で、ありのままお書きください。秘密は固くお守りいたします。

ID () 受診日 年 月 日	
ふりがな 氏名	性別： 男性・女性
年齢： 歳	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
住所：〒	
電話：	職業：
メールアドレス：	

- () 初めてかかる
() 以前かかったことがある () 頃

① 症状についてお答え下さい。
異常と感じられる部位を○かこんでください。

頭 のど はな 気管・肺 心臓 上腹部 下腹部 背中 四肢

② いつから、どのような症状がございましたか？

1週間以上前から 1週間以内 昨日から 本日から
(症状：)



③ 他の医療機関を受診されましたか？

はい (病医院名：) ・ いいえ

その際お薬は処方されましたか？

はい (処方内容：) ・ いいえ

※薬袋・薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

裏面へ→



あなたの健康・心・体・女性医師としてトータルサポート
ひがこ北口内科クリニック TEL.042-401-2353

この質問表は、病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲で、ありのままお書きください。秘密は固くお守りいたします。

- ⑤ 診察についてご要望がありますか？ 下記に○をするか、具体的にお書きください。
- しっかり検査をしてほしい。
 - 早く治したいので、費用がかかってもできる限りの治療をしてほしい。
 - 痛いのはとても苦手。
 - 検査や薬は必要最小限にしてほしい。

(その他のご要望：)

- ④ 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 肝臓病
肺疾患 ・ 腎臓病 ・ その他 ()

現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？ ある ・ ない
()

※薬袋・薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

- ⑤ 今まで食物、お薬やお注射でアレルギーがでたことはありますか？
はい (食物名/薬剤名：) ・ いいえ

- ⑤ (女性の方のみ) 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

- ⑥ 健診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし ・ あり

当院を受診したきっかけはなんですか？○をつけてください (複数回答可)。

- ① 自宅・職場・学校から近いから ② 前を通りかかって
② インターネットで検索
A クリニックのホームページ B 病院紹介サイト C 地域紹介サイト
③ 他の病院・クリニックからの紹介に ④ リーフレット・チラシ・情報誌で見た
④ 家族や知人・友人の薦め ⑥ 医療器械がそろっているから ⑦ 建物がきれい
その他 ()

ご協力ありがとうございました。ご来院の際、保険証に添えて受付にご提出ください。