



令和 年 月 日

内科問診票

フリガナ： (男 ・ 女 ・ 無回答) 国籍 ()
 お名前： _____ 生年月日： _____
 ご住所：〒 _____
 電話番号： _____ 携帯番号： _____

★ご家族等の連絡先（緊急時）：お名前： _____ 続柄：()
 電話番号： _____

◆以下の症状はございませんか？

発熱 海外渡航歴 咳・痰 コロナ感染者との接触

◆当院をどのような方法でお知りになりましたか？

林クリニックに通院していた 近所に通勤している ホームページを見た
 近所に住んでいる その他 ()

◆現在通院している医院・病院、内服しているすべての薬を教えてください

※お薬手帳がある場合は問診票と一緒に提出してください

医院・病院名【 _____ 】【 _____ 】
 内服薬名【 _____ 】

◆薬・食餌・その他アレルギーはありますか？

なし あり【抗生剤、解熱剤、花粉、甲殻類など _____】

◆過去に大きな病気にかかったことはありますか？

※手術、1ヶ月以上内服治療、入院は必ずお書きください

なし あり（詳しくご記入ください）

年月日	病院	病名・治療内容

◆身長 _____ cm ◆体重 _____ kg 最終月経【 _____ 】

◆喫煙について 喫煙歴なし 喫煙歴あり 1日 () 本 () 歳 ~ () 歳 まで

◆飲酒について なし あり 1日 () ml ・ 機会飲酒程度

☆裏面もご記入ください

◆家族構成、同居家族を教えてください

◆介護認定を受けている方は介護度を教えてください

- 要支援 1 要支援 2
要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5

◆お仕事はされていますか？ 「はい」の方はお仕事の内容を教えてください

- いいえ はい

◆今まで受けたことのある検査はありますか？

- 骨粗鬆症(最終検査日: 年 月 日) 健康診断(最終検査日: 年 月 日)
その他()

◆本日の診療についてお伺いします

- ホルモン注射・点滴 (どちらかに○を付けてください
 保険診療 自費診療)

内科診察

その他()

<当院初診の方>

◆いつ頃からどんな症状が出ていますか？

ご記入ありがとうございました。

記入後の用紙は受付スタッフにお渡しください



新宿南リウマチ膠原病クリニックは個人情報の重要性を認識し、その保護の徹底を図る為、個人情報保護法を遵守します。