



社会医療法人 三宝会 問診票

お名前 (Name)		年齢 (Age)	生年月日 (Date of Birth)	性別 (SEX)	当院受診歴
ふりがな		様 (歳)	明・大・昭・平	<input type="checkbox"/> 男 (M)	<input type="checkbox"/> ある
			年 月 日生	<input type="checkbox"/> 女 (F)	<input type="checkbox"/> ない
自宅現住所 (Current Address)				電話番号 (Telephone Number)	
〒					
勤務先 (Name of Employer)			勤務先 電話番号		

記載日 年 月 日

南港病院 南港クリニック

※□には ✓ を入れてください

○本日、受診希望の診療科をお選びください。

- 内科 外科 整形外科 リハビリテーション科 皮膚科 泌尿器科 脳外科
 乳腺外来 禁煙外来 肥満外来 心療内科 その他()

○本日、ご希望の検査等がありますか？

- ない ある ⇒ 採血検査 レントゲン検査 その他()

○本日診察を希望されるお身体の部位はどちらですか？ ()

○どのような症状がありますか？出来るだけ具体的に記載してください。

[]

○その症状はいつ頃からですか？ _____ (日 週間 ヶ月 年) 前から

○その症状について、かかりつけ医、又は相談された医師はありますか？

- ない ある ⇒ _____ 病院 _____ 医師

○現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない ある ⇒ お薬名: _____ (_____ 歳頃から)

○今までに手術を受けたことがありますか？

- ない ある ⇒ 術名: _____ (_____ 歳頃)

○今現在もしくは過去にかかった病気はありますか？

- ない ある ⇒ 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患
 リウマチ 呼吸器疾患(喘息など) 心身症(うつ病、パニック障害など) 他(_____)

○食事やお薬でアレルギーはありますか？ あれば、どのような事が原因ですか？

- ない ある ⇒ 原因(_____)

～生活習慣についてお聞かせ下さい～

①お酒を飲みますか 飲まない 飲む ⇒ (種類) _____ を 1日に _____ ml もしくは週に _____ 回

②タバコを吸いますか 吸わない やめた ⇒ _____ (日 週 ヶ月 年) 前から
 吸う ⇒ (1日に) _____ 本を _____ 年間

※「吸う」と答えられた方・・・当院で実施している“禁煙外来”に興味がありますか ⇒ ある ない

③運動をしていますか？ していない している ⇒ 何を(_____)どれくらいのペースで(_____)

④管理栄養士による栄養指導を希望されますか 希望する 希望しない 興味はある

《お手数ですが裏面もご記入下さいますようお願い致します。》

～下記の質問にお答え下さい～

	いいえ	時々	しばしば	常に
1. 身体がだるく疲れやすいですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 特に朝のうちが無気力ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 首すじや肩がこって仕方なく感じますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 眠れずに朝早く目ざめることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 息がつまって胸が苦しくなることがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. のどの奥に物がつかえている感じがしますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 自分の人生がつまらなく感じますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 仕事の能率があがらず何をするのもおっくうですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 本来は仕事熱心で几帳面ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

～最後に～

○当院(クリニック)にお越しになったきっかけは何ですか？

屋外看板 広告 ホームページ 近所の紹介 勤務先の紹介 その他()

☆ ご記入ありがとうございました。

受診に来られる患者様の中には注射・点滴のみの方や処置だけの患者様等がおられます。また検査等の時間の兼ね合いで若干お呼びする順番が入れ替わる場合がありますのでご了承下さい。その他のご質問など些細な事でも結構ですので何かお困りでしたら受付スタッフにお申し付け下さい。

☆ 各患者様へ ☆

- ・当法人は原則として全科予約制を導入しております。基本的には予約診察の方が優先されますので予めご了承下さい。
- ・インターネットを使った予約も可能です。詳細はホームページをご確認ください。 <http://www.nanko-hp.com/>
- ・外傷や救急・重症患者様は優先的に診察させていただきます。
- ・当法人では患者様のプライバシーを考慮し、呼び出しの際にお名前ではなく受付時にお渡しする番号用紙の番号にてお呼びさせていただきます。お手持ちの番号用紙は診察終了後もなくさずにお持ち下さい。
- ・当法人は「携帯呼び出しサービス」を実施しております。お子様連れの方、診察終了後に院外で少し用事があるなどの場合は、会計精算が完了次第、患者様の携帯電話に連絡させていただきます。ご希望の方は受付までお申し出下さい。

注) 本日患者様にご記入頂いた問診票は、初診カルテ作成、患者情報入力並びに初診担当医師の診療をスムーズに進行させる目的のためだけに利用させていただきます。



社会医療法人 三宝会

南 港 病 院
南 港 ク リ ニ ッ ク