

受付番号 ()
慈恵医大第三病院 問診表 (共通)

ふりがな

お名前 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____

★かかりつけ医（普段受診する医療機関）： _____

受診希望科名： 精神神経科（紹介・その他） 持参物（紹介状・レントゲン・CD-R） _____

【受診理由】

検診で精密検査を指示：内容 _____

病院・医院からの紹介：病院・医院名 _____

症状があるので受診：いつから _____ 前から（ _____ 年 _____ 月頃）
《主な症状と受診理由》

[_____]

【今回の症状で他院に受診はしましたか】

受けていない 受けた ⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 病院・医院名 _____
どのような診断内容ですか

[_____]

【今までにかかった事がある病気はありますか】

なし あり ⇒病名 _____

【現在 治療中の病気はありますか】

なし あり ⇒病名 _____
治療先病院・医院名： 当院、他院

【1か月以内に海外へ渡航・滞在されていたことがありますか】

なし あり ⇒渡航先 _____
期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

【現在お飲みになっているお薬はありますか】 *お薬手帳をご提示ください。

なし あり ⇒高血圧薬 心臓病薬 糖尿病薬 腎臓病薬 脳循環薬 胃腸病薬 等

薬剤名 [_____]

【お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか】

なし あり ⇒薬剤名 _____
食べ物 _____
その他 _____

【その他】

食欲はありますか：あり なし _____ 年 _____ 月頃から ・現在の食事量 _____

体重の変化はありますか：なし あり _____ 年 _____ 月頃から _____ kg増 _____ kg減

タバコ：なし あり _____ 本/日 喫煙歴 _____ 年（過去にあり _____ ヵ月前 _____ 才頃まで）

お酒：飲まない 飲む _____ 回/週 1日当たり飲量・何を _____ どの位 _____ 杯・本

妊娠：してない している _____ 週目 可能性がある 最終月経日 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間