

No. \_\_\_\_\_

# 問診票 (電話初診)

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日
お名前	男・女	会社名				
現住所	〒	携帯電話				
		E-mail	@			

(↑Google フォームに入力される場合は名前と生年月日のみの記載で大丈夫です)

1、本日はどうされましたか？ 症状がある場合はいつから？どこの症状？かご記載下さい

## 2、今までの情報について教えてください。

- ・定期的に通院している病院はありますか？ なし・あり \_\_\_\_\_
- ・今まで下記の病気と言われたことはありますか？  
高血圧症・脂質異常症・糖尿病・高尿酸血症・痛風・貧血・脳出血・脳梗塞・動脈瘤  
頸動脈狭窄症・心筋梗塞・狭心症・心房細動・その他不整脈・閉塞性動脈硬化症 (ASO)  
肺疾患・喘息・COPD・内分泌疾患・甲状腺・肝臓病・肝炎ウイルス・結石症・緑内障  
消化器疾患・消化管出血・ピロリ菌・腎臓病・泌尿器・前立腺・婦人科疾患・悪性腫瘍
- ・他に大きな病気はありますか？ なし・あり \_\_\_\_\_
- ・内服中の薬 (お薬手帳・紹介状等を受付にお渡し下さい) なし・あり \_\_\_\_\_
- ・ご家族で心臓の病気はありますか？ なし・あり \_\_\_\_\_
- ・薬剤アレルギー、薬で合わないものはありますか？ なし・あり \_\_\_\_\_

## 3、普段の生活習慣について教えてください。

- ・お酒 飲まない・飲む 週 \_\_\_\_\_ 回程度 お酒の種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ ml 前後
- ・煙草 吸わない・吸う・吸ってた 1日約 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで・今も
- ・(女性の方へ) 妊娠の可能性 なし・あり 授乳 なし・あり

## 4、受診希望日 可能な限りご希望に合わせますが、ご期待に添えない際にはお許し下さい

- ・受診希望日時を教えてください ( 月 日 時～ 時) 平日 (水曜以外) 9時～18時、土曜 9時～13時
- ・受診不可日時を教えてください ( 月 日 時～ 時)

## 5、受け取りをご希望する調剤薬局 (希望がない場合は当院にご相談下さい)

( 薬局 支店・TEL : FAX : )

## 6、医師や看護師、事務スタッフに伝えておきたいことはありますか？検査希望、診断書、紹介状、他

**循環器専門医 (内科)** が主に高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病、狭心症、心筋梗塞、不整脈、慢性心不全などを診療します。**糖尿病専門医 (水曜午後)** と九州大学第三内科内分泌糖尿病内科医 (第1・3土曜日午前)、九州大学病院睡眠時無呼吸センター長・教授 (第2土曜日午前) の診療も受けられます。