

問診票(内科)

※必ずフリガナをご記入ください。

フリガナ		男 女	生年月日 年齢	大・昭・平	年	月	日	歳
お名前								

※ 住所・電話番号は新規の方、変更のある方はご記入ください。

住所	〒	体重	Kg
電話番号	(自宅)	(携帯)	
今日の体温	°C		

いつ頃から、どのような症状がありますか？

現在、治療中の病気はありますか？ また、お薬は飲んでいますか？

- いいえ
 はい → (病名：)
 (病院名：)
 ※ 飲んでいるお薬があれば、お薬手帳を見せてください。

アレルギーはありますか？

- なし あり → 薬 ()
 食べ物 ()
 花粉症 ()

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

- ない
 ある → (病名：)
 (手術：)

喫煙について

- 吸わない
 過去に吸っていた
 現在も吸っている(本/日)

飲酒について

- 飲まない
 飲む (毎日・週に 日・たまに飲む程度)

※ 女性の方のみ、お答えください。

- ・妊娠されていますか？ いいえ 分からない はい(妊娠 週)
 ・授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました

上尾なかよしクリニック